

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PERCEPTIONS DE JEUNES ADULTES AYANT CÔTOYÉ À TITRE DE
PROCHE UNE PERSONNE PRÉSENTANT UN PROBLÈME D'ANOREXIE
MENTALE : COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈME ET PISTES D' ACTIONS

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

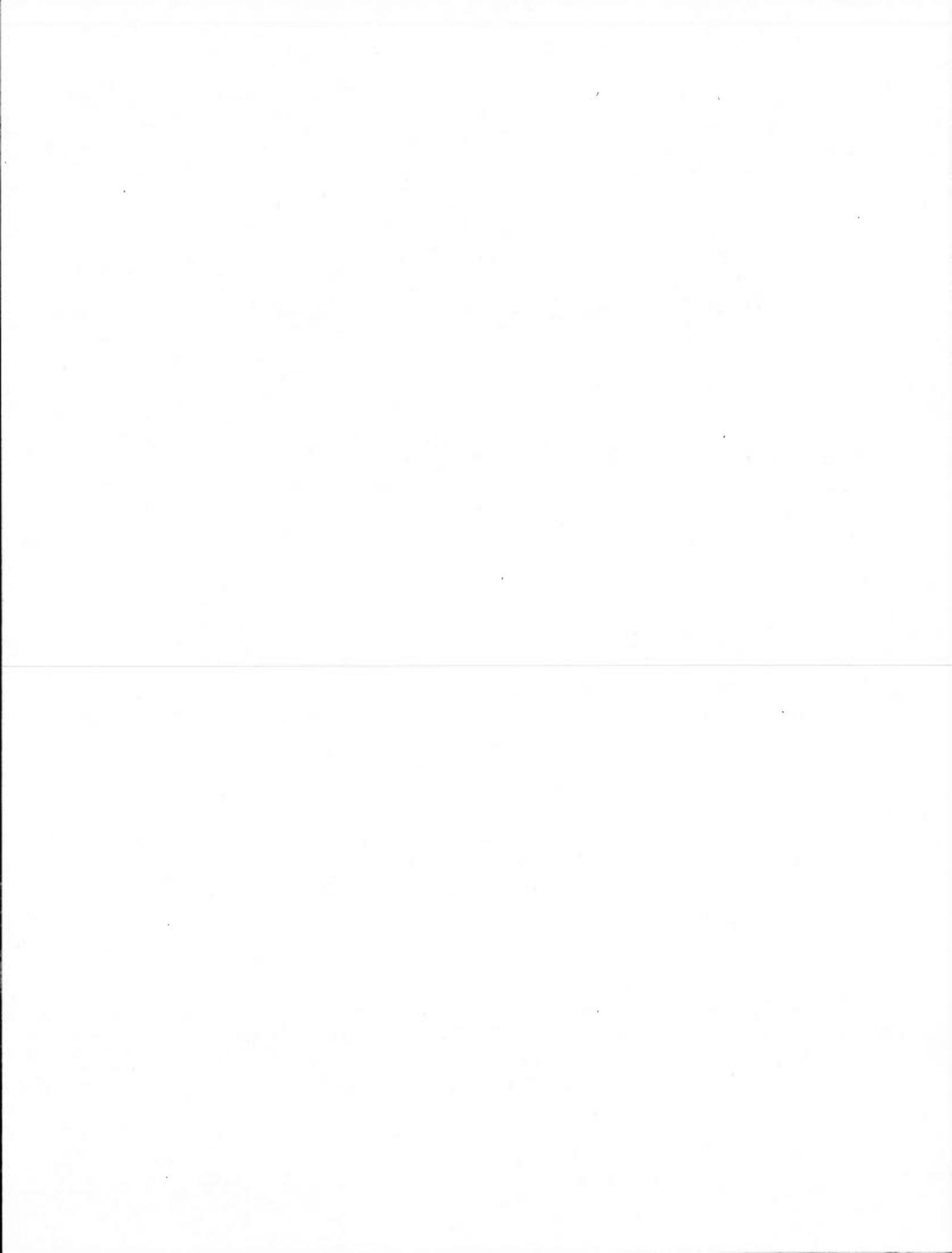
PAR
ELISABETH GRÉGOIRE-MAJEAU

MAI 2014

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.01-2006). 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

Ce projet aurait été impossible sans l'implication des huit jeunes femmes qui ont pris part à cette grande aventure en acceptant généreusement de me partager leur expérience. Merci, votre collaboration a été très appréciée. Je souhaite également remercier les organismes qui m'ont aidée pour le recrutement, soit Anorexie et boulimie Québec (ANEB) et la clinique psychoalimentaire.

Je remercie tout spécialement mes directrices de recherche, Annie Gusew et Suzanne Mongeau, pour leur disponibilité et leur soutien dans ma démarche. Je suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez témoignée et pour vos précieux conseils qui m'ont guidée tout au long de ce travail. Merci de m'avoir permis d'évoluer au sein du milieu de la recherche.

Merci à mes parents de m'avoir toujours soutenue, encouragée et transmis le goût de me dépasser. Sans eux, je ne serais jamais parvenue si loin. Enfin, je ne remercierai jamais assez mon conjoint pour sa patience, ses encouragements, son soutien et sa compréhension tout au cours de ce long périple. Merci d'avoir cru en moi du début à la fin de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 L'ampleur du phénomène de l'anorexie mentale	5
1.2 Un phénomène touchant les pays industrialisés	7
1.3 Les différents types d'anorexie.....	8
1.4 Un phénomène appréhendé sous différents angles.....	10
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE	13
2.1 L'anorexie mentale : quelques précisions.....	13
2.2 La perspective biomédicale	14
2.3 La perspective psychologique et familiale	15
2.4 La perspective socioculturelle	18
2.5 La perspective féministe.....	19
2.6 La perspective de l'optique de la complexité	21
2.7 Les objectifs de l'étude.....	22

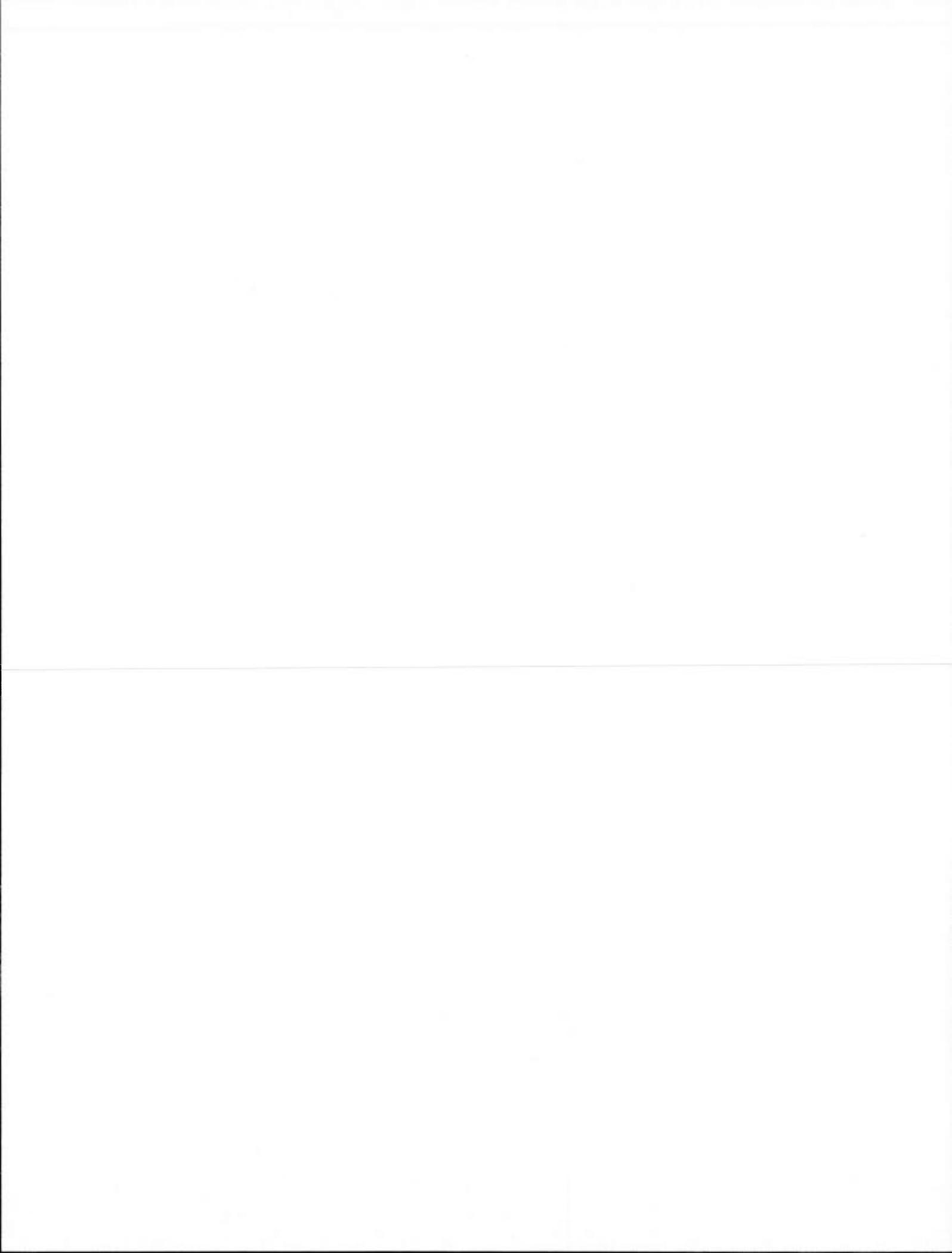
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	23
3.1 L'approche privilégiée	23
3.2 La population à l'étude et le profil des répondants.....	24
3.3 L'échantillon	27
3.4 La collecte des données.....	28
3.5 L'analyse des données.....	30
3.5 Les limites de l'étude	32
3.6 Les considérations éthiques.....	33
CHAPITRE IV	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	35
4.1 Le récit d'expérience des participantes	35
4.1.1 Valérie : une gestion difficile au quotidien	36
4.1.2 Maélie : la perte d'une amitié.....	37
4.1.3 Sarah : un sujet tabou	38
4.1.4 Karine : les vraies et les fausses anorexiques.....	39
4.1.5 Anaïs : une confrontation de soi.....	41
4.1.6 Olivia : une question de contrôle.....	42
4.1.7 Émilie : des promesses et des mensonges	44
4.1.8 Justine : un moyen d'expression	45

4.2 La perception des participantes sur l'expérience d'une proche présentant un problème d'anorexie mentale	47
4.2.1 L'apparition du problème d'anorexie mentale.....	47
4.2.2 Les moyens pour contrer l'anorexie mentale.....	54
4.2.3 Les suggestions de pistes d'action	60
4.3 La perception des participantes quant au phénomène de l'anorexie mentale.....	65
4.3.1 La définition de l'anorexie mentale	65
4.3.2 Les explications sur l'apparition du problème.....	69
4.3.4 Les suggestions de pistes d'action	73
4.4 L'évolution des participantes dans leur perception du phénomène.....	79
CHAPITRE V	
ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	83
5.1 La pluralité des perspectives sur le phénomène de l'anorexie mentale.....	83
5.2 Les limites de l'intervention offertes aux personnes présentant un problème d'anorexie mentale	89
5.3 Les enjeux relatifs aux pistes d'actions envisagées.....	96
5.4 L'accompagnement d'une personne qui souffre d'anorexie mentale : une démarche complexe	98
CONCLUSION.....	101
APPENDICE A	
PUBLICITÉ ET LETTRE DESTINÉE À LA CLIENTÈLE POUR LE RECRUTEMENT	105
APPENDICE B	
GUIDE D'ENTRETIEN	107

APPENDICE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	109
BIBLIOGRAPHIE	113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Portrait des répondantes.....	26



RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative de nature exploratoire porte sur la perception de jeunes adultes ayant côtoyé à titre de proches une personne aux prises avec un problème d'anorexie mentale. Dans la problématique, il est question de l'ampleur du phénomène dans les pays industrialisés, des différents types d'anorexie mentale ainsi que des divers angles sous lesquels le phénomène peut être appréhendé. En ce qui a trait au cadre théorique, il cerne les différentes perspectives théoriques expliquant l'anorexie mentale soit les perspectives : biomédicale, psychologique et familiale, socioculturelle, féministe et l'optique de la complexité. Bien que plusieurs recherches aient tenté de comprendre et d'expliquer l'apparition de l'anorexie mentale, peu d'études se sont intéressées aux perceptions de l'entourage. Cette recherche vise à répondre à trois objectifs spécifiques. Elle veut explorer comment les participants comprennent le phénomène de l'anorexie mentale du point de vue de leur expérience personnelle. Elle cherche à connaître leur vision du phénomène en général. Elle veut aussi identifier leur perception quant aux pistes d'action pour les personnes ayant un problème d'anorexie mentale et leur entourage.

Sur le plan méthodologique, nous avons rencontré huit jeunes femmes côtoyant ou ayant côtoyé une personne présentant un problème d'anorexie mentale. Une analyse de contenu a été réalisée à partir de la transcription d'entretiens individuels faits avec des proches. Une grille d'analyse a été créée. L'analyse verticale a donné lieu à des récits d'expérience de chacune des participantes suivie d'une analyse transversale.

Suite à ces entretiens, nos résultats mettent en relief que l'anorexie mentale est un problème difficile à cerner. Les répondantes situent le problème en grande partie dans une perspective psychologique et familiale ainsi que dans une perspective socioculturelle. Bien qu'elles abordent diverses perspectives pour expliquer leur compréhension du phénomène, elles ne se situent pas dans une optique de la complexité, car les diverses perspectives sont présentées en silo plutôt que de manière intégrée. Leurs propos n'abordent pas de manière explicite la perspective biomédicale de même que la perspective féministe. Ce mémoire s'achève sur une discussion montrant les enjeux soulevés dans l'intervention avec des personnes anorexiques et leur proche. En conclusion, les participantes mettent en relief la complexité que représente l'accompagnement de ces personnes.

Mots-clés : Anorexie mentale, proche, complexité, accompagnement, pistes d'action

INTRODUCTION

La conception des troubles mentaux s'est modifiée au cours des années. En effet, il y a quelques décennies, les personnes présentant des troubles de santé mentale étaient considérées comme folles. Représentant un danger pour la société québécoise et jugées anormales, de nombreuses personnes ont été internées dans des institutions asilaires. Aujourd'hui, plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'à cette époque, les professionnels de la santé et la population en général avaient une compréhension des troubles de santé mentale donnant lieu à des interventions dépersonnalisantes et stigmatisantes (Ehrenberg, 2004).

En 1952, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) énonçait des critères diagnostiques pour caractériser les problèmes mentaux. Malgré cela, on assiste de plus en plus à une compréhension des problèmes de santé mentale qui permet de les appréhender dans toute leur complexité et avec un regard plus humain à l'endroit des personnes qui en sont atteintes. Certains auteurs soulignent qu'on assiste aussi à un développement des connaissances dans ce domaine donnant ainsi lieu à des expertises permettant un plus grand dépistage, de meilleurs pronostics et un plus vaste champ d'intervention (Wilkins, 2012).

Malgré une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale, il demeure que certains ont connu une augmentation importante. Parmi ceux-ci, on retrouve les troubles du comportement alimentaire qui, bien qu'extrêmement rares il y a trente ans, ont connu une augmentation fulgurante au cours des dernières années (Bruch, 1979, Brusset, 1977, 1998; Gordon, 1992; Pomerleau, 2001). Par ailleurs, les troubles du comportement alimentaire représentent le plus haut taux de mortalité de tous les troubles de santé mentale (Sullivan, 1995; Birmingham *et al.*, 2005; Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011) et est au troisième rang comme maladie

chronique la plus fréquente chez les adolescentes (Beard *et al.*, 1991). Il s'agit donc d'un problème de santé publique, en raison des risques et des conséquences sur la santé physique et mentale des personnes concernées et de leurs proches. Depuis quelques années, les médias et le corps médical tentent de démystifier les causes et les impacts de ce problème. Cependant, malgré les nombreuses publications sur le sujet, il n'en demeure pas moins que les troubles du comportement alimentaire sont encore mal compris et sont encore un sujet tabou dans la société.

Cette étude s'intéresse à l'anorexie mentale comme problème social qui prend de plus en plus d'ampleur. Elle cherche à recueillir le point de vue de jeunes adultes confrontés, dans leur réseau social, au phénomène de l'anorexie mentale ainsi qu'à la manière dont ils expliquent le phénomène. Elle tente de répondre à la question suivante : comment les jeunes Québécois(es) de 18-30 ans, confrontés à ce problème dans leur entourage, comprennent l'anorexie mentale ?

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique, soit l'ampleur du phénomène touchant les pays industrialisés, les différents types d'anorexie mentale et les différents angles sous lesquels le phénomène peut être appréhendé. Le chapitre II, le cadre théorique, décrit cinq grandes perspectives pouvant expliquer l'anorexie mentale, soit les perspectives biomédicale, psychologique et familiale, socioculturelle, féministe et l'optique de la complexité. Il se termine par la présentation des objectifs de la recherche. Quant au chapitre III, il explique la démarche méthodologique, soit l'approche privilégiée, la population à l'étude et le profil des répondantes, l'échantillonnage, la collecte des données, l'analyse des données, les limites de l'étude et les considérations éthiques. Le chapitre IV est consacré à la description des résultats. Il présente tout d'abord les récits d'expériences des participantes pour ensuite laisser place à la présentation des points et des sous-points relatifs aux catégories et aux thèmes abordés. Dans un premier temps, il livre la perception des participantes quant à l'expérience d'un

proche présentant un problème d'anorexie mentale en décrivant l'apparition du problème, les moyens pour contrer l'anorexie mentale et des suggestions de pistes d'action. Dans un deuxième temps, leur perception du phénomène est présentée en évoquant la définition de l'anorexie mentale, les explications sur l'apparition du problème et des suggestions de pistes d'action. Il se termine par l'évolution de la pensée des participantes dans leur perception du phénomène. Enfin, le chapitre V, porte sur l'analyse et la discussion des résultats, soit la pluralité des perspectives sur le phénomène de l'anorexie mentale, des limites de l'intervention offerte aux personnes présentant ce problème, des enjeux relatifs aux pistes d'action envisagées ainsi que de la complexité que représente l'accompagnement d'une personne anorexique.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre décrit l'ampleur du phénomène de l'anorexie mentale dans les pays industrialisés, les différents types ainsi que les divers angles sous lesquels le phénomène peut être appréhendé.

1.1 L'ampleur du phénomène de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un phénomène qui a pris des proportions importantes dans la société québécoise depuis quelques décennies. Notons qu'on décèle des propos contradictoires dans la littérature au sujet de l'augmentation de la problématique d'anorexie mentale. Le point de vue des auteurs est divergent. Certains experts s'entendent pour dire que de plus en plus de personnes sont aux prises avec cette problématique (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011). L'intérêt pour ce phénomène laisse croire à l'émergence d'une nouvelle problématique, bien que son existence remonte au 17^e siècle. Cependant, c'est au 20^e siècle, après la Seconde guerre mondiale, que l'on observe une incidence plus marquée de ce problème (Gordon, 1992). Autour des années 1960, les mots « régime » et « minceur » deviennent partie intégrante de notre vocabulaire et de nos aspirations collectives. Ce changement aura pour conséquence d'amener les personnes à se préoccuper davantage de leur corps allant, pour certains, jusqu'à l'obsession (Gordon, 1992). L'incidence de ce phénomène ne cessant d'augmenter, certains auteurs parleront, dans les années 1980, d'une épidémie de l'anorexie mentale (Bruch, 1979). Durant cette période, l'anorexie mentale a été considérée comme le « trouble des années 1980 » en raison, entre autres, des publicités qui lui donnaient du chic et du romantisme (Gordon, 1992).

L'anorexie mentale est un phénomène principalement associé au sexe féminin, ce qui n'exclut cependant pas les garçons qui représentent 10 % des cas (Brusset, 1977, 1998; Bruch, 1979; Onnis, 1991; Gordon, 1992; Vialettes, 2001; Jeammet, 2009; Shankland, 2009; Wilkins, 2012). Il ne faut donc pas se surprendre que les auteurs utilisent le genre féminin lorsqu'ils traitent d'anorexie mentale. Au cours de l'histoire, les médecins et les intervenants ont eu tendance à focaliser leur attention principalement sur le rapport des jeunes filles à leur corps, donnant ainsi à l'anorexie mentale le nom de « maladie de jeune fille » (Gordon, 1992). Pour certains auteurs, la surreprésentation des femmes serait reliée à leur plus grande vulnérabilité face à l'insatisfaction de leur apparence physique (Busset, 1977; Shankland, 2009), aux pressions sociales relatives à la minceur (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996) et à une fragilité sur le plan psychologique au niveau de la construction de leur identité (Wilkins, 2012). Dans une entrevue avec Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Onnis mentionne que la prévalence de l'anorexie mentale chez les femmes est liée à un contrôle plus important exercé sur les filles que sur les garçons dans les relations familiales (Selvini-Palazzoli, 1989).

Pour d'autres, les changements au niveau du rôle des femmes dans la société et la modification des critères de beauté ont eu un impact considérable sur l'augmentation du phénomène de l'anorexie mentale (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Alors qu'au 17^e siècle on considérait la corpulence comme un symbole de fertilité et de féminité, au 20^e siècle on l'associe à un problème social. La minceur constitue dès lors un gage de reconnaissance, de réussite sociale et d'indépendance. Gordon (1992) affirme que dans un environnement social où la minceur est un gage de succès, le taux d'anorexie mentale est environ dix fois plus élevé que dans un milieu où la minceur n'est pas garante de réussite (Gordon, 1992). Jean Wilkins (2012), pédiatre en médecine de l'adolescence à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, mentionne avoir observé une augmentation importante des cas d'anorexie mentale dans sa clinique depuis les années 2000. Cependant, il affirme qu'il est difficile de savoir si ce problème est plus

fréquent aujourd'hui que dans le passé, car les études sont contradictoires (Wilkins, 2012).

Santé Canada (2002) évoque qu'environ de 0,5 % à 4 % des femmes développeront un problème d'anorexie mentale au cours de leur vie. Entre 1987 et 1999, les hospitalisations pour trouble alimentaire ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez celles de 15 à 24 ans. Selon plusieurs études, on estime à 1 % le nombre de jeunes filles touchées, c'est-à-dire qu'une adolescente sur 100 développe un problème d'anorexie de manière suffisamment sévère pour nécessiter un traitement médical spécialisé (Buckroyd, 2000; Pomerleau, 2001; Wilkins, 2012). Cependant, une nuance importante est apportée par de nombreux auteurs qui affirment qu'on peut supposer que le nombre de jeunes filles présentant des problèmes d'anorexie moins graves ou simplement niés est plus élevé (Buckroyd, 2000; Pomerleau, 2001; Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011; Wilkins, 2012). Ce nombre pourrait tripler si on ajoute les personnes qui ne recevront jamais un diagnostic en raison d'une absence de consultation ou qui présentent des formes moins sévères (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011). Selon l'Institut de la statistique du Québec (2002), 45 % des jeunes de 9 ans et 60 % des jeunes de 13 à 16 ans manifestent une insatisfaction de leur image corporelle et adoptent des comportements visant à modifier leur poids.

1.2 Un phénomène touchant les pays industrialisés

Plusieurs auteurs s'intéressant à l'anorexie mentale associent ce phénomène aux pays industrialisés. Elle serait plus fréquente dans les sociétés où le statut socioéconomique est élevé (prospérité économique) alors qu'elle serait plus rare ou presque inexistante dans les pays en émergence, où le statut socioéconomique est faible (Bruch, 1979; Onnis, 1991, 2000). Certains auteurs constatent que cette tendance semble s'amplifier depuis quelques années (Onnis, 2000; Institut

universitaire en santé mentale Douglas, 2011). On assiste cependant à une augmentation du phénomène dans les régions isolées, où l'anorexie mentale n'était pas un problème connu, sous l'effet des médias de masse qui véhiculent l'idéologie de la minceur (Selvini-Palazzoli, 1989).

Plusieurs auteurs reconnaissent aussi que les critères de beauté ne sont pas les mêmes dans toutes les cultures et que les idéaux corporels de minceur reliés à l'anorexie mentale sont plutôt un problème occidental. Selon certaines études, 90 % des personnes considérées comme des cas sévères d'anorexie mentale sont des jeunes femmes blanches, de statut socio-économique élevé (classe aisée) et vivant dans un environnement compétitif (Bruch, 1979; Eliacheff et Raimbault, 1989; Gordon, 1992; Darmon, 2003; Shankland, 2009). Bruch (1979) mentionne que l'anorexie mentale serait plus présente dans des cultures alimentaires d'abondance, mais où la mode réclame la minceur. Cette démarcation entre les pays développés et en émergence peut également s'expliquer du fait que les sociétés occidentales sont davantage centrées sur l'individualisme et l'esprit de compétition alors qu'en Afrique, par exemple, on mise sur l'esprit communautaire (Apfeldorfer, 1995). Considérée autrefois comme le syndrome de « la petite fille riche » (Gordon, 1992), l'anorexie mentale se retrouve encore aujourd'hui majoritairement chez des jeunes filles de milieu aisé. Ces comportements s'expliqueraient par la quantité et l'accessibilité des ressources alimentaires, mais également au sein de familles qui accordent une place importante à la réussite et à l'indépendance féminine (Bruch, 1979; Gordon, 1992; Darmon, 2003; Shankland, 2009).

1.3 Les différents types d'anorexie

L'American Psychiatric Association (DSM-IV) reconnaît trois types principaux de troubles du comportement alimentaire : l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble des conduites alimentaires non spécifié ou atypique. Cette dernière catégorie regroupe

les cas qui ne correspondent pas à tous les critères de l'anorexie mentale ou de la boulimie (Pomerleau, 2001). Selon Wilkins (2012), l'anorexie mentale serait le plus fréquent des troubles alimentaires. Ce phénomène a connu plusieurs appellations à travers les époques. Au début du Moyen-âge, on percevait les personnes qui se privaient de nourriture comme des saintes ou des croyantes qui pratiquaient le jeûne. C'est en 1689 que Richard Morton fera la première description de l'anorexie qu'il nomme alors « phtisie nerveuse » (Gordon, 1992). Un peu plus tard, en 1868, Sir William Witley-Gull a décrit le phénomène sous l'appellation « aepsie mentale » ou « *anorexia nervosa* » (Gordon, 1992). Durant cette même période, Ernest-Charles Lasègue, pour sa part, l'a appelé « anorexie hystérique » (Gordon, 1992). Ce n'est que quelques années plus tard que l'anorexie sera étudiée d'un point de vue médical et considéré comme un problème physique. Finalement, dans les années 1950, on a associé à l'anorexie le qualificatif « mentale », considérant qu'il s'agit d'un problème psychologique qui entraîne des problèmes physiques (Pomerleau, 2001).

Tout d'abord, il faut spécifier que l'anorexie mentale se définit par une restriction alimentaire volontaire accompagnée d'une perte de poids importante découlant d'un contrôle excessif sur soi et sur son corps (Gordon, 1992; Shankland, 2009). Elle s'accompagne également d'une peur importante de prendre du poids, d'une altération de la perception de l'image de soi, d'un déni de la gravité de son état et d'une aménorrhée chez les femmes, c'est-à-dire l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (DSM-IV, 1996).

On distingue également deux sous-types d'anorexie mentale : « restrictive » ou « compensatoire ». Pour ce qui est de l'anorexie mentale restrictive, elle touche l'individu qui perd du poids exclusivement par la restriction calorique sévère (Vénisse, 1983; Pomerleau, 2001). Dans le cas de l'anorexie mentale compensatoire, appelée anorexie-boulimie, la personne se prive, mais elle a aussi recours à l'ingestion de quantités incroyables de nourriture et adopte par la suite des

comportements compensatoires tels que les vomissements, les laxatifs/diurétiques et l'exercice physique intensif (Buckroyd, 2000). Dans la littérature, on mentionne que les anorexiques-boulimiques représenteraient de 30 à 50 % des personnes anorexiques (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Elles seraient également plus impulsives et supporteraient difficilement la sous-alimentation alors que les anorexiques restrictives vivraient le régime comme une occasion d'exercer un pouvoir sur leur corps (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Actuellement, dans notre société, les cas d'anorexie mentale restrictive sans accès de boulimie et de vomissements seraient de plus en plus rares (Selvini-Palazzoli, 1989). Ceux d'anorexie-boulimie seraient plus fréquents puisque, selon plusieurs études, 50 % des anorexiques s'engageraient à un moment ou l'autre dans un type de comportements compensatoires (Shankland, 2009).

1.4 Un phénomène appréhendé sous différents angles

L'anorexie mentale est à la croisée de plusieurs discours circulant dans la société. Se retrouvant dans toutes les couches de la société et à différents degrés de gravité, ce phénomène a des conséquences importantes sur l'individu qui en souffre et sur les personnes qui gravitent autour de lui. Nombreux sont les chercheurs qui ont travaillé à trouver une explication à ce phénomène, ce qui a d'ailleurs fourni plusieurs perspectives visant à expliquer les origines possibles de l'anorexie mentale, laissant entrevoir une multitude de facettes.

En effet, dès son apparition, l'anorexie mentale a été comprise dans une approche biomédicale. Dans notre société, cette vision dominante fait de l'anorexie mentale une pathologie pouvant être d'origine génétique ou provenant d'un dérèglement hormonal (Pomerleau, 2001). Selon cette perspective, les comportements autodestructeurs des anorexiques sont perçus et catégorisés comme anormaux. Pour ce qui est de l'approche psychologique et familiale, elle suggère que l'anorexie

mentale se développerait en réponse à une difficulté d'adaptation face aux changements vécus à l'adolescence ainsi qu'à une difficulté d'acquérir l'autonomie et une identité propre (Bruch, 1979). Le système familial serait également en cause en raison d'une lacune au niveau de sa capacité à évoluer et des conflits latents entre les membres (Onnis, 2000). Une troisième perspective ouvre sur une conception sociale du phénomène, soit une vision socioculturelle. On explique l'anorexie mentale comme un construit social en lien avec une idéologie culturelle véhiculée par les médias prônant le culte de la minceur (Gordon, 1992). Le phénomène de l'anorexie mentale a aussi été étudié par les féministes. Leur perspective met en cause l'idéal de beauté et la pression exercée sur les femmes en regard de leur rôle dans la société. Certaines vont jusqu'à affirmer que l'anorexie mentale serait une réponse à l'oppression de l'homme sur la femme (Wolf, 2002). Depuis quelques années, certains chercheurs ont développé une nouvelle perspective, basée sur l'optique de la complexité, qui se veut une vision multidimensionnelle de ce phénomène (Morin, 1990; Onnis, 2013). Cette perspective s'inscrit dans une vision globale du phénomène évoquant que l'anorexie mentale, comme phénomène complexe, ne peut être expliquée que par une seule perspective, elle doit plutôt être regardée dans son ensemble.

Des écrits consultés, des différences entre les discours sur le phénomène de l'anorexie mentale sont ressorties. Nous avons constaté que plusieurs perspectives tentent d'expliquer l'anorexie mentale. Ces différentes manières de concevoir le phénomène engendrent une grande diversité et une perspective plus large des différents éléments impliqués dans ce problème. Toutefois, cette diversité dans les discours rend le phénomène encore plus complexe et plus difficile à cerner. Les différentes explications sur l'anorexie mentale peuvent entraîner une compréhension différente du phénomène dans la population et susciter des opinions contradictoires. Celles-ci viennent également influencer l'intervention auprès de ces personnes et de leur entourage.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Dans un premier temps, ce chapitre présente différentes perspectives théoriques expliquant l'anorexie mentale, soit les perspectives biomédicale, psychologique et familiale, socioculturelle, féministe et l'optique de la complexité. Dans un deuxième temps, nous décrivons les objectifs de l'étude.

2.1 L'anorexie mentale : quelques précisions

Dans la littérature, on constate qu'il existe différentes façons d'expliquer l'anorexie mentale ce qui renvoie à une conceptualisation subjective d'un problème social par un individu ou un groupe. En effet, les tenants du constructiviste considèrent que « les faits ou les conditions qui constituent les problèmes sociaux sont inséparables des acteurs sociaux » (Hubert, 1991 : 29), car ce sont eux qui définissent comme problématique certaines situations (Hubert, 1991). En se fiant à leurs expériences personnelles et à leurs perceptions, les acteurs sociaux contribuent à un « processus actif de construction d'une connaissance » (Zuniga, 1993 : 40). Ainsi, dans le cas de l'anorexie mentale, on retrouve dans la littérature diverses façons de concevoir et d'expliquer le phénomène. C'est d'ailleurs ce dont il sera question dans les pages qui suivent.

D'entrée de jeu, il convient d'apporter une précision au niveau de la terminologie. Les recherches utilisent différents termes pour parler du phénomène de l'anorexie. On distingue les termes « anorexie » et « anorexie mentale ». Il ne faut pas confondre l'« anorexie » comme pathologie médicale résultante d'une perte d'appétit involontaire à celle de l'« anorexie mentale » qui est un trouble psychique qui se

traduit par une perte de poids importante liée à une restriction alimentaire volontaire (Dictionnaire de psychologie, 2012). C'est donc le terme « anorexie mentale » qui sera utilisé aux fins de cette recherche.

Cette étude s'intéresse au point de vue des participants sur l'anorexie mentale. Ainsi, nous entendons utiliser le terme « perception » défini comme étant « un filtre de la réalité, une façon de s'informer sur le monde à l'aide de chacun des cinq sens » (Dictionnaire de psychologie, 2012). De plus, l'intérêt porté à la compréhension que les sujets ont du phénomène de l'anorexie mentale nous amène à nous intéresser aux différentes façons de le concevoir. Dans cette optique, le terme « conception » sera utilisé et interprété dans ce projet comme « une manière particulière de se représenter et d'envisager quelque chose. Aptitude à comprendre quelque chose, à le concevoir » (Larousse, 2012).

2.2 La perspective biomédicale

Certains chercheurs, s'inscrivant dans la perspective biomédicale, soulignent la possibilité que ce problème soit d'origine génétique. En effet, chez les jumelles identiques, dont l'une est atteinte d'anorexie mentale, on estime à 56 % le risque que l'autre en soit également atteinte, alors qu'il n'est que de 5 % chez celles non identiques (Holland *et al.*, 1994, cités dans Pomerleau, 2001). Pomerleau (2001) avance qu'une jeune fille dont la famille présente des antécédents familiaux d'anorexie mentale a 11 % plus de risques de développer ce problème que celle qui n'a aucun antécédent. Par ailleurs, plusieurs recherches se sont penchées sur le système neuroendocrinien et neurotransmetteur, expliquant la présence d'un déficit hormonal et des perturbations de l'activité de la sérotonine chez les anorexiques. Toutefois, de nombreux chercheurs sont arrivés à la conclusion que les éléments identifiés comme causes de l'anorexie mentale étaient, au contraire, des conséquences de la restriction alimentaire (Pomerleau, 2001; Shankland, 2009). De plus, au cœur de

cette perspective, se trouve l'idée d'une médecine capable de guérir l'anorexie mentale à l'aide de médicaments (Brusset, 1998; Pomerleau, 2001), qui sont de plus en plus utilisés dans les sociétés occidentales pour le traitement de l'anorexie mentale (Pomerleau, 2001). En effet, que ce soit pour atténuer les facteurs psychologiques ou pour contrer les impacts physiques de l'anorexie mentale, l'usage de médicaments tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hormones d'œstrogène, l'apport en vitamine D et en calcium, les stimulants de l'appétit et le gavage sont à l'avant-scène dans cette vision du phénomène. Dans les dernières décennies, l'approche biomédicale dans le traitement de l'anorexie mentale a donné lieu à l'élaboration de critères diagnostiques, donnant aux médecins le pouvoir de juger si un comportement est normal ou anormal.

2.3 La perspective psychologique et familiale

D'autres chercheurs ont adopté une perspective différente pour expliquer l'anorexie mentale, évoquant la présence concomitante de facteurs individuels et familiaux. Ils considèrent que l'adolescence est une période marquée par une crise. Cette étape est traversée par des prises de décisions, des transitions entre l'enfance et le monde adulte ainsi que par des transformations biologiques. L'anorexie mentale serait une stratégie adaptative pour faire face à une peur intense des changements biologiques associés à la maturité (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Ces auteurs considèrent que le développement de ce dysfonctionnement alimentaire proviendrait d'une incapacité de la jeune fille à faire face aux exigences du développement corporel à cette période critique qu'est l'adolescence (Bruch, 1979; Brusset, 1998; Pomerleau, 2001; Vialettes, 2001; Bemardini *et al.*, 2008; Jeammet, 2009; Shankland, 2009). Cette incapacité serait liée à un déficit dans l'acquisition des bases nécessaires au développement d'un sentiment de compétence et d'autonomie (Gordon, 1992; Bruch, cité dans Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Les changements d'ordre corporel, social et familial engendrés par l'adolescence précipiteraient les personnes souffrant

d'anorexie mentale dans une crise identitaire, les impliquant dans la recherche d'un sens à leur existence et une quête d'identité propre (Erikson, 1968; Bruch, 1979; Vialettes, 2001). L'anorexie mentale oscille entre deux pôles contradictoires, d'une part, une revendication à l'autonomie et, d'autre part, une nécessité de combler ses besoins relationnels de dépendance envers sa famille (Bernardini *et al.*, 2008; Bernardini *et al.*, 2009).

Dans cette perspective, l'anorexie mentale est perçue comme une tentative d'autonomie et d'individuation à travers la négation des traits spécifiques de l'identité personnelle et sexuelle (Onnis, 1991; Giannuzzi *et al.*, 2007). Concrètement, elle s'inscrit dans le refus d'un corps en lien avec la féminité et la sexualité (Vialettes, 2001). Le désir de ces jeunes filles de fuir leur féminité se révèle être celui de demeurer dans une morphologie enfantine (Brusset, 1977). Plusieurs auteurs mentionnent la présence de distorsions cognitives au niveau des perceptions subjectives et comportementales (Thompson, 1990, cité dans Shankland, 2009) ainsi que des distorsions de l'image corporelle et un sentiment d'impuissance face à leurs compétences sociales (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996). Ces personnes présenteraient une pensée dichotomique caractérisée par une impression que leur corps est distinct de leur l'esprit (Eliacheff et Raimbault, 1989; Shankland, 2009; Vialettes, 2011).

Chez les personnes présentant un problème d'anorexie mentale, les difficultés d'identification et d'autonomisation exprimées par le refus de s'alimenter ne s'arrêtent pas au niveau individuel, mais reposent aussi sur le système familial. À l'adolescence, l'individu et la famille doivent s'adapter aux changements que nécessite cette période et ce, à différents degrés. Alors que l'adolescent cherche à acquérir une autonomie, le système familial doit évoluer et modifier son fonctionnement afin de permettre aux enfants de grandir et de s'autonomiser et ce, simultanément. Cependant, on observe que dans les familles de personnes

« anorexiques », leur capacité à se transformer est déficitaire, donnant lieu à l'apparition de symptômes anorexiques due au fait que l'organisation, les fonctions et les rôles deviennent déficients (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996; Bemardini *et al.*, 2008).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'on retrouve des caractéristiques similaires au sein des familles « anorexiques », soit une structure enchevêtrée où les frontières entre les sous-systèmes sont mal définies et facilement franchies (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996; Onnis, 1991, 1992, 2013), une hyperprotection, une rigidité dans les modèles relationnels (résistance aux changements) et l'évitement du conflit, cachant les désaccords, afin qu'il reste latent (Bruch, 1979; Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996; Onnis, 1991, 1992). Par ailleurs, au sein du système familial, on observerait des tensions dans le couple qui résulteraient de conflits non résolus et de pertes (Giannuzzi *et al.*, 2007). Onnis (1991, 1992, 2000) a réalisé plusieurs études portant sur le phénomène de l'anorexie mentale en évoquant le « mythe d'unité », croyance de la famille se décrivant comme unie et solidaire, fortement présent dans les familles de personnes souffrant d'anorexie mentale. Il spécifie que cette notion est reliée à l'idée de perte. Dans cette perspective, les symptômes anorexiques auraient deux fonctions, d'une part, confronter la rigidité du système familial et, d'autre part, protéger l'individu et le système des peurs non élaborées de perte et d'angoisse de séparation (Onnis, 1992, 2000; Giannuzzi *et al.*, 2007). À la période critique de l'adolescence, la tension entre ces deux fonctions entraîne des obstacles importants dans le processus d'individuation et de différenciation chez les personnes présentant un problème d'anorexie mentale. Bref, pour ces personnes, l'adoption de comportements anorexiques serait une façon de maintenir l'homéostasie familiale (Onnis, 1991).

2.4 La perspective socioculturelle

D'autres auteurs, issus du domaine de la sociologie et de l'anthropologie, suggèrent l'idée que l'anorexie mentale serait le fruit d'une construction sociale qui trouve ses racines dans plusieurs facteurs sociaux. Dans cette perspective, elle est perçue comme un problème lié au culte du corps et aux attentes culturelles dominantes de la société occidentale (Gordon, 1992). Par ailleurs, Brusset (1998) mentionne qu'il y a eu une évolution des mœurs et des modèles véhiculés par la culture dominante. La minceur est devenue une valeur dominante dans les pays riches occidentaux et est perçue comme un élément de force et de supériorité. Certains auteurs en viennent à définir l'anorexie mentale comme un « syndrome lié à la culture » (Brusset, 1998; Gordon, 1992). Devereux (1985, cité dans Gordon, 1992), évoque que les troubles psychologiques seraient l'expression d'angoisses profondes et de problèmes non résolus dans une culture.

De plus, l'image corporelle est devenue une préoccupation quotidienne de notre société. La santé, le bonheur et le succès sont maintenant déterminés par une série de caractéristiques corporelles qui poussent les gens à être insatisfaits de leur corps. Gordon (1992) mentionne que l'anorexie mentale est devenue un modèle largement imité dans les sociétés qui valorisent le culte de la minceur. Il précise qu'une forte adhésion aux normes sociales est également valorisée, ce qui engendre une forte culpabilité chez les personnes qui ne s'y conforment pas (Guillemot et Laxenaire, 1997). De plus, cette obsession pour les régimes, pour l'image du corps et pour le contrôle de l'alimentation est exacerbée par les médias, les publicités, l'industrie de la mode et l'industrie culturelle. De nos jours, le culte du corps est un élément de consommation. La population est bombardée d'images et de messages véhiculés dans les médias, les magazines et l'univers musical, mettant l'accent sur l'importance d'être mince et séduisante pour avoir du succès avec les hommes et dans la vie professionnelle (Bruch, 1979). Les annonces publicitaires sur la promotion de

régimes sont éloquentes, plaçant un corps mince au premier plan des produits de marketing. On cherche à vendre une image comme mode de vie. Concrètement, dans les médias destinés à la population féminine, l'esthétique corporelle, l'alimentation et l'activité physique occupent une place importante. Ce constat amène Darmon (2003) à affirmer que le social est un facteur d'explication, de déclenchement ou de modification des formes d'anorexie mentale (Darmon, 2003).

2.5 La perspective féministe

Le phénomène de l'anorexie mentale a également été étudié dans une perspective féministe, en raison de la prévalence de cette problématique chez les femmes (Gordon, 1992; Brusset, 1998; Wolf, 2002). Il a donné lieu à une nouvelle compréhension de l'anorexie mentale à travers une analyse des facteurs socioculturels et du rôle de la femme dans la société. La société québécoise a subi des transformations importantes de ses rôles sociaux et de ses attentes culturelles. Avec leur arrivée massive sur le marché du travail, le rôle des femmes s'est modifié. Par leur apparence et leur compétence, elles doivent prouver qu'elles méritent la place qu'elles occupent et être professionnelles, tout en conservant leur statut de femme traditionnelle (Gordon, 1992). Brown et Jasper (1993) mentionnent que la valeur sociale des femmes est indissociable de leur corps et de leur apparence. Dans cette vision féministe du problème, l'image négative des femmes à l'endroit de leur corps serait présentée, non pas comme un intérêt individuel mais comme une préoccupation de genre (Brown et Jasper, 1993). En leur demandant d'être à la fois indépendantes, fortes, performantes, sensibles, séduisantes et au centre de la vie familiale, on vient augmenter la pression exercée sur elles. Dans l'ensemble, les féministes s'entendent pour dire que l'idéal féminin de la beauté et de la sexualité a un effet néfaste sur de nombreuses femmes, entraînant des distorsions de l'image du corps et le développement de l'anorexie mentale (Gordon, 1992; Wolf, 2002).

Certaines féministes vont plus loin et défendent l'idée que l'anorexie mentale est le résultat de l'oppression de la femme par l'homme. Dans cette vision, l'anorexie mentale serait une conséquence et une rébellion contre le patriarcat (Brown et Jasper, 1993; Mahowald, 1995; Guillemot et Laxenaire, 1997). Comme Chernin (1985) et Orbach (1986), certaines évoquent le mouvement de « libération » de la femme, qui promeut des changements dans ses rôles et statuts dans la société, qui augmenterait son pouvoir mais que l'homme cherche à limiter (Guillemot et Laxenaire, 1997). Ainsi, l'anorexie mentale résulterait d'une tension entre, d'un côté, l'affirmation de l'autonomie et de l'égalité de la femme et, de l'autre, une position d'infériorité et d'inégalité par rapport à l'homme (Guillemot et Laxenaire, 1997). En restreignant leur alimentation, les femmes rejetteraient l'image que les hommes veulent leur imposer (Gordon, 1992; Guillemot et Laxenaire, 1997). Naomi Wolf (2002) ajoute que cette « fixation culturelle sur la minceur féminine n'est pas une obsession de la beauté féminine, mais une obsession de l'obéissance féminine » (Wolf, 2002 : 187). L'anorexie serait donc perçue par ces féministes comme une réponse à l'oppression et à la domination masculine (Brown et Jasper, 1993). Selon Kim Chernin et Susie Orbach, cette réponse peut prendre deux formes, soit que les femmes se sentent contraintes de maigrir pour pouvoir correspondre aux canons de beauté qui attirent les hommes (Chernin, 1981) ou soit que l'anorexie mentale vient traduire la protestation des mouvements de libération de la femme (Chernin et Orbach, citées par Guillemot et Laxenaire, 1997). Ainsi, les femmes qui restent minces sont obéissantes et ce contrôle est une autre façon pour le patriarcat d'exercer un contrôle sur elles. Taylor (1994) mentionne que cette obéissance et cette domination ont conduit certaines femmes à avoir une image dépréciative d'elles-mêmes, donnant lieu à une mauvaise estime de soi.

Depuis longtemps, les féministes ont milité pour la reconnaissance de l'égalité des sexes. Malgré leur militantisme, certains auteurs croient que nous vivons dans une société patriarcale où l'inégalité des sexes est encore présente (Wolf, 2002). Selon

Brown et Jasper (1993), l'anorexie mentale serait un mécanisme d'adaptation aux pressions sociales et au pouvoir de l'homme sur la femme. Pour la féministe Bonnis Morris (1985), le développement de l'anorexie serait relié à des « modèles de comportements considérés comme un élément de réussite, non seulement aux yeux de l'anorexique mais par son groupe de pairs » (1985 : 90). L'idée de minceur et de performance serait encouragée et valorisée dans notre société. La connotation positive des comportements anorexiques renvoie aux jeunes filles le message qu'en adoptant de telles conduites, elles font preuve de force et de persévérance. Cette valorisation de la minceur, associée à des valeurs de réussite au sein de la population, contribue au maintien de comportements autodestructeurs.

2.6 La perspective de l'optique de la complexité

Pour certains auteurs, l'anorexie mentale doit être envisagée dans une perspective multidimensionnelle. Cette vision s'inscrit dans une optique de la complexité voulant que le problème de l'anorexie mentale soit constitué de multiples dimensions (Onnis, 1991) : biomédicale, psychologique et familiale, socioculturelle, etc. Onnis (1991) définit l'optique de la complexité comme étant « la reconnaissance d'une multiplicité de niveaux du réel qui sont en même temps autonomes et en relation, mais qui, en même temps prend une forme et une signification uniquement dans le cadre du dessin général » (1991 : 254). L'idée centrale repose sur le fait que le problème doit être reconnu et pris en compte dans une multiplicité de niveaux du réel afin d'en faire une lecture approfondie (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996; Onnis, 1992, 2000). Pour ces chercheurs, l'acquisition d'une compréhension de l'anorexie mentale nécessite une vision globale, témoignant de la complexité du phénomène. Onnis (1992, 2000, 2009, 2013), s'inspirant des travaux d'Edgard Morin (1990) portant sur la complexité, rapporte qu'aucune des composantes ne peut, à elle seule, prétendre expliquer l'anorexie mentale, car les différents niveaux qui s'articulent autour de ce phénomène sont complémentaires et interconnectés. Pour lui, les modèles réductionnistes où l'on

privilégie un seul de ces niveaux, négligeant les autres, nuisent à l'interinfluence réciproque et à la corrélation circulaire. Ces modèles viennent compromettre la compréhension du phénomène puisque, pris individuellement, ils nous apportent une compréhension partielle du phénomène ne permettant pas de l'appréhender dans sa globalité (Faucher *et al.*, 2006). Selon cette perspective, la complexité de l'anorexie mentale ne peut pas être décrite par un seul niveau du réel. On doit, au contraire, tenir compte de tous les niveaux afin de s'inscrire dans un processus circulaire donnant lieu à l'utilisation d'une approche multidimensionnelle (Charbouillot-Mangin *et al.*, 1996; Pomerleau, 2001). Donc, dans la pensée complexe (Morin, 1990), nous ne sommes pas dans une logique explicative du « ou », mais dans une logique du « et » (Onnis, 2013).

2.7 Les objectifs de l'étude

La recension des écrits a permis de mettre en lumière différentes façons de comprendre le phénomène de l'anorexie mentale. La présente étude cherche à recueillir les perceptions de jeunes adultes ayant une personne de leur entourage touchée par l'anorexie mentale sur la manière dont ils comprennent le phénomène. Donc la question de recherche à laquelle cette étude tente de répondre est : comment de jeunes adultes Québécois(es) de 18-30 ans confrontés à ce problème dans leur entourage comprennent le phénomène de l'anorexie mentale ?

Plus spécifiquement, afin de répondre à l'objectif général de la recherche, cette étude cherchera à répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- a) explorer comment les participants comprennent le phénomène de l'anorexie mentale du point de vue de leur expérience personnelle;
- b) connaître leur vision du phénomène en général;
- c) identifier leur perception quant aux pistes d'action pour les personnes ayant un problème d'anorexie mentale et leur entourage.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous décrivons l'approche privilégiée, la population à l'étude, le profil des répondants, l'échantillon, la collecte et l'analyse des données, les limites de l'étude et les considérations éthiques.

3.1 L'approche privilégiée

Cette étape est un élément-clé du processus de recherche, car, comme le mentionne Mellos (2009), le choix d'une méthodologie est tout aussi important que l'objet de recherche. Selon cet auteur, la méthodologie doit correspondre à la problématique et au contexte de recherche, tout en permettant l'atteinte des résultats souhaités. Afin de répondre à nos objectifs, cette recherche, de type exploratoire, vise à connaître la manière dont de jeunes adultes, à titre de proches, perçoivent le phénomène de l'anorexie mentale. Legendre (2000) estime que la recherche exploratoire :

Est une recherche souple, dont le but est d'obtenir une compréhension préliminaire et descriptive d'une situation en vue de préciser une première problématique, d'émettre intuitivement des hypothèses et d'évaluer la pertinence d'études ultérieures plus systématiques (Legendre, 2005 : 1082).

Il ajoute que ce type de recherche « s'avère utile lorsqu'un chercheur a identifié un domaine d'intérêt pour lequel il existe peu de données » (Legendre, 2005 :1082). En ce qui a trait à l'anorexie mentale, il s'agit d'un sujet largement traité dans les recherches ayant, pour la plupart, un objectif de démystification des causes et des conséquences sur la personne, sur son entourage et sur les traitements possibles. Toutefois, très peu de recherches ont étudié la compréhension que leur entourage a de

ce phénomène et ce, particulièrement chez les jeunes adultes qui y sont confrontés de près.

En ce qui concerne notre devis de recherche, le choix s'est arrêté sur une perspective méthodologique privilégiée dans le domaine de la recherche en sciences sociales, soit une démarche qualitative. Ce choix a été fait en fonction du sujet, des objectifs visés et des résultats attendus. Une méthode quantitative n'aurait pu être utilisée, considérant que cette étude vise à explorer la compréhension (caractère subjectif) d'un problème social et qu'elle permet une compréhension de la complexité des processus sociaux et familiaux selon le point de vue des sujets (Pires, 1997). Cette méthode nous permettra de nous familiariser avec la population à l'étude, de saisir leurs préoccupations telles que vécues au quotidien (Deslauriers et Kérisit, 1997; Pires, 1997) et de capter la construction que les jeunes adultes, à titre de proches, se font du phénomène de l'anorexie mentale (Paillé, 2007). De cette manière, les données recueillies dressent un portrait des préoccupations des participants, de la signification qu'ils ont du phénomène et de l'expérience des individus (Mayer *et al.*, 2000). L'approche qualitative permet également de répondre aux objectifs visés par ce projet de recherche, en disposant de données riches, donnant l'occasion au chercheur d'aller en profondeur et d'avoir accès à la compréhension qu'a une personne de son expérience (Huberman et Miles, 2003; Savoie-Zajc, 2009).

3.2 La population à l'étude et le profil des répondants

La présente étude aurait pu inclure une grande partie de la population québécoise. Toutefois, comme le mentionne Fortin (1996), les éléments de la population doivent être choisis en fonction de la correspondance entre leurs caractéristiques et les buts du chercheur. Par souci de faisabilité, dans le cadre de ce projet de maîtrise, nous avons choisi nos répondantes parmi la tranche d'âge située entre 18 et 30 ans et qui étaient interpellées par le phénomène de l'anorexie mentale. Le choix de ce groupe d'âge

s'est fait en fonction de nos intérêts de recherche, soit les jeunes adultes, mais également en lien avec leur capacité à exprimer leur point de vue. Une définition claire de la population pertinente pour l'étude est alors essentielle (Beaud, 2009) et les répondants ont été sélectionnés selon des critères précis.

Le profil des personnes recherchées tente de répondre aux objectifs de recherche visant à évaluer comment les jeunes adultes de l'entourage d'une personne anorexique comprennent le phénomène de l'anorexie mentale. Pour composer notre échantillon, nous avons établi les critères suivants. La personne devait :

- être un jeune adulte, âgé entre 18 et 30 ans, pouvant s'exprimer en français;
- être un membre direct de l'entourage (ami, ami de cœur, membre de la famille élargie, collègue de classe, collègue de travail ou coéquipier sportif) d'une personne présentant un problème d'anorexie mentale diagnostiqué ou avec une image corporelle de soi négative entraînant des comportements compensatoires¹, sans diagnostic clairement établi;
- connaître et côtoyer cette personne depuis plus de six mois.

Les membres de la famille immédiate (parents et fratrie) ont été exclus du processus de sélection. Cette exclusion relève de la nature de l'étude et des objectifs que nous voulons mener. Plus précisément, nous avons choisi de nous intéresser à l'entourage considérant que peu d'études ont été menées auprès de ce groupe. Aucune discrimination au niveau de l'origine ethnique, de la culture ou du sexe n'a été faite.

Le tableau 3.1 présente un portrait général des huit répondantes de notre étude.

¹ Par comportements compensatoires, nous entendons régimes sévères, usage de diurétiques/laxatifs, vomissements, exercice physique intensif dans un but de perte de poids.

Tableau 3.1
Portrait des répondantes

Répondantes ²	Données sociodémographiques			Lien avec le proche « anorexique »		
	Âge	Origine	Occupation	Nature du lien	Connait depuis	Fréquentation actuelle
Valérie	26	Québécoise	Emploi à temps plein	Amie	19 ans	Oui
Maélie	25	Québécoise	Emploi à temps plein	Meilleure amie	5 ans	Non
Sarah	22	Québécoise	Étudiante	Amie	3 ans	Oui
Karine	21	Québécoise	Emploi à temps plein	Amie	10 ans	Oui
Anaïs	25	Québécoise	Emploi à temps plein	Meilleure amie	17 ans	Oui
Olivia	27	Québécoise	Emploi à temps plein	Amie et cousine	Amie : côtoyé 3 ans au secondaire Cousine : 25 ans	Amie : Non Cousine : Oui
Émilie	25	Québécoise	Emploi à temps plein	Amie	12 ans	Oui
Justine	22	Québécoise	Étudiante	Amie	10 ans	Non

² L'anonymat des participantes a été préservé par l'utilisation de prénoms fictifs.

Nous aurions souhaité recruter des hommes, mais finalement les huit répondantes étaient toutes de sexe féminin, âgées entre 21 et 27 ans et sont toutes d'origine québécoise. Les critères d'admissibilité stipulaient que la personne participant à l'étude devait « connaître et côtoyer cette personne depuis plus de six mois », mais, dans les faits, il en a été autrement. Au cours du recrutement, nous avons constaté que plusieurs personnes souhaitant participer à l'étude étaient en mesure de nous parler de leur expérience avec le problème d'anorexie mentale mais, pour diverses raisons, celles-ci ne côtoyaient plus cette personne depuis un certain temps. Afin de recruter un nombre satisfaisant de participants, nous avons décidé d'élargir ce critère en incluant ces personnes; ce choix s'appuyant sur le fait que leur expérience nous apparaissait tout aussi pertinente. Nous avons toutefois noté que le recul dont elles faisaient preuve à l'égard du phénomène influençait, d'une certaine manière, leur perception de ce problème. Finalement, l'ensemble des répondantes associait le problème de leur proche à un problème d'anorexie mentale.

3.3 L'échantillon

Huit participantes composent l'échantillon choisi. Ce nombre a été déterminé en fonction de la faisabilité dans le cadre d'un mémoire ainsi que par souci de fiabilité, de crédibilité, de représentativité de la population à l'étude et des résultats obtenus. La stratégie d'échantillonnage utilisée a été la méthode non probabiliste, c'est-à-dire, qui ne relève pas du hasard (Beaud, 2009). Les participantes ont donc été choisies en fonction de certaines caractéristiques (Mayer *et al.*, 2000). Parmi les types d'échantillonnage non probabiliste, l'échantillon volontaire qui consiste à faire appel à des personnes volontaires a été, selon nous, la stratégie la plus pertinente (Beaud, 2009).

Le milieu communautaire a été ciblé pour effectuer le terrain, considérant différents éléments entourant la faisabilité du projet et les critères éthiques. Le recrutement des

participants s'est fait par le biais d'organismes communautaires intervenant auprès de cette clientèle et apportant du soutien aux proches. À cet effet, trois organismes ont été contactés afin de leur exposer notre projet et les objectifs visés par cette étude. Nous avons mis de l'avant les modalités de la recherche en termes de temps, d'engagement et de bénéfices que leur participation pourrait avoir au sein de l'organisme. Nous leur avons demandé d'installer des affiches dans leurs bureaux, à la vue des jeunes adultes qui les fréquentent et nous leur avons assuré qu'ils recevraient un résumé des résultats obtenus. Deux organismes ont accepté, il s'agit d'Anorexie et Boulimie Québec (ANEB) et de la clinique psychoalimentaire. Des affiches (voir appendice A) ont également été installées sur les babillards de l'UQÀM. Le recrutement par « bouche à oreille » a été utilisé. Certaines répondantes rencontrées nous ont référé des pairs. Les jeunes adultes intéressés à participer devaient nous téléphoner ou nous contacter par courriel. À ce moment, nous avons eu un bref entretien téléphonique afin de nous assurer que les personnes correspondaient bien aux critères d'admissibilité et une fois sélectionnées, elles ont été conviées à une entrevue.

3.4 La collecte des données

La collecte des données visant à recueillir les informations relatives aux objectifs de recherche a été faite à l'aide d'entrevues individuelles qui, selon Boutin (1997), constituent « la méthode la plus efficace de l'arsenal qualitatif » (1997 : 3). L'objet de l'étude cherchait à connaître la compréhension du phénomène de l'anorexie mentale vécu par chacune des personnes interrogées et de manière unique. Les participantes ont été invitées à une rencontre. Les entretiens ont duré en moyenne 60 minutes, le plus court étant de 47 minutes et le plus long, de 110 minutes. Ils se sont déroulés dans l'endroit de leur choix. Sept ont choisi de nous rencontrer à leur domicile tandis qu'une a été rencontrée dans les locaux d'un centre hospitalier.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de trois mois. Nous avons opté pour l'entrevue semi-dirigée qui est définie par Savoie-Zajc (2009) comme étant « [...] une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans pareille relation afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les personnes en présence » (Savoie-Zajc, 2009 : 339).

En effet, les entretiens semi-dirigés permettent de mieux saisir la complexité de l'expérience des sujets et de rendre explicite leur univers (Savoie-Zajc, 2009). L'élaboration d'un guide d'entretien (voir appendice B) a été effectuée en tenant compte de la question de recherche et des objectifs visés. Des questions ouvertes, favorisant une expression détaillée sur chacun des thèmes (Boutin, 1997; Savoie-Zajc, 2009), ont été formulées. Mayer et ses collègues (2000) affirment que « si l'objectif est d'analyser en profondeur la réalité des répondants, il y aura prédominance de questions ouvertes » (Mayer *et al.*, 2000 : 121), ce qui est le cas dans ce projet. Ainsi, la personne interrogée pourra bénéficier de la marge de manœuvre nécessaire pour aborder sa réalité comme elle l'entend, en répondant selon son propre cadre de référence et non selon celui du chercheur (Mayer *et al.*, 2000; Quivy et Campenhout, 2011). Au cours des entretiens, l'étudiante-chercheuse s'est permis de reformuler les propos des participantes et de poser des questions de clarification afin de mieux comprendre et cerner leur point de vue. Quant à la formulation des questions, nous nous sommes référée aux indications de Deslauriers (1991) et Mayer *et al.* (2000) qui mentionnent l'importance d'un souci de clarté, de simplicité, de neutralité et de variété dans les types de questions pour mener à bien la construction du guide d'entretien. Ces critères ont permis aux répondantes de saisir adéquatement la question, tout en leur donnant la capacité d'y répondre de façon authentique (Savoie-Zajc, 2009). Différentes questions concernant chacun des thèmes ont été évoquées, ce qui a permis de faire le tour du sujet en l'abordant sous plusieurs angles. L'étudiante-chercheuse a fait preuve de souplesse quant à l'émergence de

nouveaux concepts soulevés par les participantes. Dans cet ordre d'idée, au cours de la collecte des données, l'étudiante-chercheuse s'est permis d'ajuster certaines façons de faire pour explorer davantage certains aspects dont l'importance n'avait pas été saisie de prime abord. De plus, nous avons pris en compte le choix du vocabulaire et des questions dans l'élaboration du guide d'entretien et dans la réalisation des entrevues afin d'obtenir une interaction de qualité (Blais et Durand, 2009). Mayer *et al.* (2000) rapportent que pour adapter la formulation des questions à la population ciblée, une connaissance globale de leurs valeurs, de leur vocabulaire et de leur langage est nécessaire.

Pour valider le guide, une entrevue-test a été effectuée auprès d'une personne de la population cible pour vérifier la pertinence et la compréhension des questions. Cette étape a permis de repérer les difficultés et d'apporter les corrections nécessaires (Blais et Durand, 2009). Finalement, toutes les entrevues ont été enregistrées pour nous permettre de recueillir l'intégralité des informations fournies par les participantes.

3.5 L'analyse des données

L'analyse des entretiens a été effectuée à partir d'une analyse de contenu qui se veut une production de langage à partir du langage (Sabourin, 2009). Legendre (2000) la définit comme une « ... méthode de recherche qualitative [...] permettant de décrire, de clarifier, de comprendre une réalité, révélant des informations explicitement ou implicitement contenues dans des données script-audiovisuelles relatives à cette réalité » (Legendre, 2005 : 46). Pourtois et Desmet (1988) soulignent que l'analyse de contenu a pour objectif « [...] de comprendre les communications au-delà de leurs significations premières » (Pourtois et Desmet, 1988 : 199), tout en faisant preuve de rigueur scientifique et de richesse au niveau de la subjectivité. L'analyse thématique, aussi considérée comme la méthode « classique » (Sabourin, 2009), a été sélectionnée

parce qu'elle est couramment utilisée pour traiter les comptes rendus d'entretiens semi-dirigés, plus particulièrement pour mettre en évidence la perception des participants (Quivy et Campenhoudt, 2011).

L'analyse des données a été effectuée en plusieurs étapes. Premièrement, la transcription intégrale de l'enregistrement des entrevues, sous forme de verbatim, incluant des éléments non verbaux des discours et accompagnée du contexte de l'entrevue a été faite au fur et à mesure des entretiens (Quivy et Campenhoudt, 2011). Cette étape a donné lieu à une pré-analyse du corpus de données afin d'y « dégager le sens général du récit et de cerner les idées principales des propos des participants pour orienter notre travail d'analyse » (Mayer et Ouellet, 1991 : 484). C'est au cours de cette étape que l'étudiante-chercheure a décortiqué chaque entrevue en différents thèmes, dont trois principaux ont été abordés : 1) l'expérience personnelle des participants sur le phénomène de l'anorexie mentale; 2) le point de vue général du phénomène et 3) les pistes d'action à développer pour l'intervention. Une fois ce travail effectué, une synthèse de chaque thème a été faite pour en dégager les idées-clés et des sous thèmes afin d'y déceler les pensées récurrentes ainsi que les points de convergence et de divergence dans les propos des participantes. De plus, c'est au cours de cette étape que l'étudiante-chercheure a élaboré un schéma d'analyse afin de mettre en relation les différents éléments retenus et de regrouper l'information pour en extraire un langage commun (Mayer *et al.*, 2000). Une fois les éléments regroupés et sélectionnés, une codification des données a été effectuée. En recherche qualitative, cette étape est cruciale dans le processus d'analyse des données, car elle permet d'extraire la richesse des données en nombre important en condensant leur complexité (Huberman et Miles, 2003). La méthode de codification assurera ainsi la crédibilité et la transférabilité du matériel de recherche (Pelletier et Pagé, 2002; Savoie-Zajc, 2009) afin que les éléments soulevés demeurent fidèles aux propos rapportés par les participantes. Au terme de cette étape, une analyse transversale a été

effectuée afin de voir si la compréhension du phénomène de l'anorexie mentale est similaire ou distincte d'une participante à l'autre.

Finalement, le devis qualitatif faisant place à l'univers interprétatif du chercheur et du participant à l'étude dans leurs échanges (Deslauriers et Kérisit, 1997), une attention particulière dans la reformulation des propos des répondantes a été apportée. Ainsi, comme le mentionne Paillé (2007), la recherche qualitative exige du chercheur qu'il use de créativité, de rigueur, d'innovation et d'attention dans le choix des mots. D'ailleurs, Bourdieu (1993) mentionne qu'il est important de faire preuve d'humilité pour s'assurer de bien délimiter son étude dans le contexte de la population ciblée et réduire tout biais idéologique ou subjectif pendant la sélection. Ce projet porte une attention spécifique à ce niveau afin que chaque unité d'analyse ne s'éloigne pas de l'objet étudié et du contenu des entrevues (Mayer *et al.*, 2000).

3.5 Les limites de l'étude

Les limites prises en compte dans cette recherche sont observées à différents niveaux. Tout d'abord, certaines sont liées à l'échantillon. La recherche qualitative ne peut pas, en soi, assurer la fiabilité absolue des résultats (Mayer *et al.*, 2000). Certains chercheurs, tels Kvale (1996) et Savoie-Zajc (2009), soutiennent que le choix du nombre d'entrevues est déterminé par le terrain, de manière à atteindre la saturation du contenu tout en ayant une diversité de cas. Toutefois, dans le cadre d'un mémoire de maîtrise comme celui-ci, l'atteinte de la saturation théorique n'est pas un objectif réaliste, considérant la petite taille de l'échantillon. Cet élément constitue une limite de notre étude, car elle ne permet pas une transférabilité des résultats obtenus. De plus, le choix d'un échantillon non probabiliste n'est pas représentatif de la population cible, puisqu'il « ne donne pas à tous les éléments de la population une chance égale d'être choisie pour former l'échantillon » (Fortin, Côté et Filion, 2006 : 258). En dehors des limites prévisibles du processus choisi pour la réalisation de

l'étude, d'autres peuvent surgir au cours du processus et sont liées au profil des répondants. En fait, nous aurions souhaité recruter des hommes, mais cela n'a pu être possible. Il nous aurait semblé pertinent d'avoir leur perception sur le phénomène de l'anorexie mentale.

3.6 Les considérations éthiques

Ce projet, tout comme la plupart des projets en sciences sociales, fait appel à des humains. Dans cette optique, l'étudiante-chercheuse doit s'assurer de respecter la dignité des personnes impliquées, du respect de leurs droits ainsi que de la préservation de leur intégrité physique et psychique (Crête, 2009) et à toutes les étapes du projet. L'éthique est un élément essentiel en recherche, car elle vise à prendre en compte les droits et le bien-être des participants. L'étudiante-chercheuse doit préciser le plus possible les propos des participants et favoriser leur libre expression. Elle doit également accorder une attention particulière au traitement juste et équitable des participants afin d'éviter un fossé entre le pouvoir du chercheur et celui du participant. Trois aspects ont été respectés pour répondre aux normes éthiques : le consentement éclairé, la confidentialité et le bien-être des participants.

Tout d'abord, chaque personne sélectionnée a consenti à sa participation en signant un formulaire de consentement écrit (voir appendice C) qui a pris la forme d'un consentement éclairé, c'est-à-dire que le sujet a eu accès à l'information générale sur le projet de recherche (Crête, 2009). De cette manière, la personne a été en mesure de connaître les objectifs visés, la façon dont la recherche sera réalisée et comment les résultats seront divulgués au public. L'étudiante-chercheuse s'assure ainsi d'une participation libre et éclairée sur les risques et les avantages y étant associés. L'ensemble des participantes ont également été informées de leurs droits, soit celui de consulter l'analyse de leur entrevue et les données retenues ainsi que de se retirer de la recherche à tout moment du processus, sans préjudice. Également, elles ont été

averties des dispositifs de conservation de leur témoignage enregistré sur bande audio, c'est-à-dire qu'il sera conservé sous clé à tout moment dans un endroit sécuritaire et qu'il sera détruit un an après le dépôt du mémoire. De plus, elles ont été informées que toutes les données retranscrites sur ordinateur seront verrouillées avec un mot de passe. Par la suite, la confidentialité a été présente tout au long du processus de recherche pour protéger la dignité et l'intimité des sujets, comme le suggère Boutin (1997). Les noms ainsi que les données permettant d'identifier les participantes ont été masqués ou modifiés, sans toutefois changer la signification des propos. L'usage de l'anonymat permet de rendre le processus plus accessible et favorise une plus grande liberté d'expression, évitant que leur participation ait des répercussions contraignantes ou négatives dans leur quotidien (Crête, 2009). Finalement, le bien-être des participantes a été pris en compte afin d'assurer un confort émotionnel et mental tout au long du processus, de même qu'après la fin du projet de recherche. Les coordonnées de ressources ont été fournies aux répondantes afin de soutenir celles qui souhaiteraient recourir à leur aide suite à l'entrevue.

Et pour terminer ce chapitre, rappelons que le projet de recherche a été soumis au comité d'examen éthique de la Faculté des sciences humaines de l'UQÀM qui a approuvé le protocole de recherche.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre, qui constitue le cœur de l'étude, vise à présenter les données recueillies auprès des répondantes ainsi que les principaux thèmes et sous-thèmes qui s'en dégagent. Les résultats seront présentés à travers les thèmes structurant le guide d'entretien. Une présentation des récits d'expérience des répondantes rencontrées sera d'abord faite. Par la suite, la présentation des résultats obtenus sera exposée en deux volets, soit la perception du phénomène du point de vue de l'expérience significative du proche et la perception générale du phénomène. La perception des participantes quant aux pistes d'action pour les personnes ayant un problème d'anorexie mentale et leur entourage sera également mise de l'avant. Enfin, l'évolution des participantes quant à la compréhension du phénomène sera exposée.

4.1 Le récit d'expérience des participantes

Puisque ces récits nous permettront de mieux comprendre les raisonnements et les perceptions qu'elles se font du phénomène, nous avons réorganisé les histoires des répondantes autour de trois éléments : l'évolution du problème, la nature des comportements menant à la perte de poids ainsi que la manière dont chacune a vécu cette expérience, c'est-à-dire l'impact de l'anorexie mentale sur la relation entre le proche et la personne présentant ce problème.

Dans le but d'atteindre les objectifs de ce mémoire, huit proches de personne présentant un problème d'anorexie mentale ont été rencontrés : Valérie, Maélie, Sarah, Karine, Anaïs, Olivia, Émilie et Justine. Toutes étaient des jeunes femmes

âgées entre 21 et 27 ans. Six travaillaient à temps plein tandis que deux étaient étudiantes.

4.1.1 Valérie : une gestion difficile au quotidien

Valérie nous parle de son amie d'enfance. Depuis leur jeune âge, soit depuis près de 19 ans, Valérie mentionne que plusieurs éléments de l'anorexie mentale étaient déjà présents chez son amie au primaire. La révélation de ce problème n'a donc pas été une grande surprise, quoique difficile à comprendre. Elle s'est aperçue du problème au début du secondaire avec l'arrivée des transformations dues à la puberté. Les changements apparaissent progressivement. Son amie diminue ses apports alimentaires pour en venir à seulement grignoter des aliments sains et à calculer le nombre de calories ingérées. Cette restriction alimentaire sévère s'accompagne de compulsions alimentaires occasionnelles, c'est-à-dire qu'elle consomme une grande quantité d'aliments riches en calories dans un court laps de temps, suivi d'une période de restriction sévère ou d'un effort physique intense. La dépense d'énergie par l'activité physique et l'usage de laxatif utilisés il y a quelques années sont aujourd'hui substitués par un surinvestissement dans sa vie professionnelle. Cette compulsion intensive au travail démontre le besoin de dépasser ses propres limites jusqu'à l'épuisement.

Un diagnostic de trouble alimentaire a été posé, sans spécifier s'il s'agit d'anorexie mentale ou d'un trouble alimentaire non spécifique. Durant cette même période, cette amie a reçu un diagnostic de dépression. Le sujet de l'anorexie mentale a été ouvert plusieurs années après le début du problème, soit au début de la vingtaine. Depuis ce temps, Valérie rapporte qu'entre elle et son amie, rien n'est tabou et que ses problèmes alimentaires s'avèrent être un sujet ouvert entre elles, ce qui, pour Valérie, diminue la lourdeur de la situation. Elles se permettent d'en rire et de prendre ça un peu à la légère.

Malgré cela, elle nous raconte qu'il est parfois difficile de la côtoyer, car elle ne prend aucun repas et ne fait que grignoter, ce qui est difficile à gérer à l'heure des repas. De plus, il s'avère être presque impossible de la faire s'asseoir pour prendre un repas, ce qui demande un ajustement pour l'entourage qui doit se mettre à table. Selon Valérie, vivre au quotidien avec elle n'est pas chose facile. Pour elle, ces éléments ne sont pas un obstacle à sa relation d'amitié, mais cela ne l'empêche pas de vivre de l'inconfort dans certaines situations. Valérie mentionne que l'heure des repas en sa présence est lourde, car elle a l'impression d'être gourmande, sans compter que son amie lui offre beaucoup de nourriture, ce qui crée un malaise chez elle.

4.1.2 Maélie : la perte d'une amitié

Maélie nous parle de sa meilleure amie, qu'elle connaît depuis cinq ans. Elle qualifie sa relation avec elle de complicité et complémentarité. Un désir commun de perte de poids les a amenées à consulter un professionnel dans le domaine. Le problème s'est installé très tranquillement. La perte de poids saine de son amie a basculé après un an vers une perte de poids malsaine. À ce moment, elle a vu un changement dans les comportements de son amie. Entre le temps interminable passé à choisir minutieusement son repas, à picorer dans son assiette, bref à avoir un contrôle absolu sur sa nourriture, elle est devenue très compétitive et très axée sur le monde qui l'entoure. Elle ne manquait pas une occasion de commenter le surpoids des gens dans la rue.

Outre la privation de nourriture, Maélie mentionne que cette amie se faisait vomir. La compensation par l'exercice était présente, mais plus légère due à une blessure. À travers ses propos, elle dit que son amie trouvait des bénéfices au maintien de ce problème. Elle en était fière et trouvait que c'était un bon moyen d'attirer l'attention sur elle. Ces comportements étaient renforcés par des commentaires valorisants sur sa

perte de poids et par plus de regards des hommes. Un diagnostic d'anorexie mentale a été prononcé au printemps 2011.

L'apparition de l'anorexie mentale a affecté sa relation d'amitié avec elle. En fait, étant elle-même dans un processus de perte de poids, il est devenu difficile de gérer la situation. Petit à petit, la relation a commencé à s'effriter. Une distance s'est installée, car ce n'était plus la personne qu'elle avait connue. Entre les mensonges, les cachoteries et une présence partielle, Maélie a vécu de l'impuissance et de la culpabilité face à ses propres difficultés de perte de poids. Elle a réalisé que cette relation était devenue très difficile émotionnellement et il y a un an, elle a décidé de couper les liens. Pour Maélie, la rupture était une façon de se protéger et de se choisir. Afin de mieux gérer la situation et de pouvoir verbaliser sur ce que la situation lui faisait vivre, elle a consulté un psychologue. Elle a aussi contacté une ressource pour mieux comprendre son rôle face au problème alimentaire de son amie, mais cela s'est avéré être plus décevant qu'aidant. Afin de répondre à ses questionnements, elle a parcouru des sites internet. Aujourd'hui, elle considère toujours avoir fait le bon choix, même si la perte de cette amie est encore douloureuse.

4.1.3 Sarah : un sujet tabou

Sarah nous parle d'une amie qu'elle a connue à l'université. Elle la connaît depuis trois ans. Durant l'année scolaire, elles se voient régulièrement. La prise de conscience du problème de son amie s'est faite progressivement, à force de la côtoyer. Elle dit que son amie a des comportements peu conventionnels aux heures du dîner, ce qui l'a amenée à se questionner. En fait, elle consomme une faible quantité de nourriture et utilise ce temps pour faire des travaux scolaires. Sarah explique que les comportements alimentaires de son amie sont caractérisés par une grande restriction alimentaire, l'ingestion d'aliments sains, peu caloriques favorisant la digestion ainsi que par des cachoteries. Autrement dit, elle se cache des autres pour

manger. L'exercice physique est également un moyen pour dépenser son énergie et brûler des calories. Sarah mentionne que le résultat de ces comportements est visible physiquement, soit une grande maigreur qui suscite des interrogations.

Pour Sarah, ce problème est épisodique, c'est-à-dire qu'il se présente par phase. En fait, elle dit voir concrètement ces phases chez son amie, soit en fonction de ce qu'elle mange, de sa posture et de son implication sociale. Cette constatation a fait diminuer l'inquiétude que peut ressentir Sarah pour son amie, voyant qu'elle peut vivre de belles journées.

Malgré les constats sur sa faible consommation alimentaire, Sarah n'a jamais abordé le sujet ou discuté de ses préoccupations avec son amie. L'anorexie mentale est un sujet tabou dont on ne parle pas. Au début, elle trouvait difficile de devoir taire ses inquiétudes, toutefois cela ne l'a pas empêchée d'entretenir une belle relation avec cette personne. La quête de compréhension et son besoin d'avoir des réponses à ses questionnements ont amené Sarah à aller chercher de l'aide dans son entourage immédiat. Elle s'est également informée auprès de son médecin de famille ainsi que par un survol sur internet. L'impuissance vécue face à la situation a fini par laisser place à un lâcher-prise. Aujourd'hui, elle pense qu'elle ne peut rien faire pour cette amie, sauf être là et lui fournir son soutien, ce qu'elle fait.

4.1.4 Karine : les vraies et les fausses anorexiques

Karine nous parle de son amie d'enfance qu'elle connaît depuis dix ans. Suite à un déménagement et à la distance géographique qui les sépare désormais, elles se côtoient aux deux mois. Du plus loin qu'elle se souvienne, son amie entretenait un discours négatif sur sa personne, en se dénigrant sur son poids et en touchant des parties de son corps qu'elle jugeait grosses. Mais la prise de conscience du problème par Karine s'est faite drastiquement lorsqu'elle a constaté, après trois mois, une importante perte de poids chez son amie. En fait, celle-ci se fondait dans le décor

tellement elle était mince. L'apparition du problème s'est faite graduellement, en lien avec une diminution toujours plus grande d'ingestion d'aliments. Elle consommait de faibles portions, en prenant toujours le soin de choisir des aliments sains. Elle ne mangeait jamais entre les repas et ingérait la nourriture très lentement. Elle passait un temps considérable à découper et à redécouper les aliments dans son assiette. De plus, elle se couvrait de vêtements amples pour cacher sa minceur. Selon Karine, durant cette période, son amie aurait tenté de contrôler son poids en essayant de se faire vomir. Le faible apport alimentaire a donné lieu à de l'aménorrhée, soit l'absence de menstruation.

Karine constate que l'anorexie mentale peut être divisée en catégories, c'est-à-dire qu'il y a les « vraies anorexiques », celles manifestant des problèmes physiques qui nécessitent une hospitalisation et les « fausses anorexiques », pour lesquelles le problème se situe au niveau de la perception d'elles-mêmes et de leur corps. Pour elle, son amie entre dans la catégorie des « fausses anorexiques », car son problème était léger et qu'il n'y avait que la présence d'une perte de poids importante, sans plus.

À la vue des comportements de son amie, Karine a pris la décision d'aborder le sujet avec elle afin de lui faire réaliser l'ampleur de la situation. Malgré son initiative pour ouvrir sur le sujet, beaucoup de déni et de non-dits étaient présents. L'anorexie mentale est un sujet tabou, ce mot n'ayant jamais été prononcé par son amie. En fait, Karine nous explique que son amie ne se voyait pas comme « anorexique », car elle mangeait encore. Encore aujourd'hui, c'est quelque chose qu'elle considère ne pas avoir vécu.

En raison de la fréquence de leurs rencontres, le problème d'anorexie mentale n'a pas eu d'impact sur la relation. Au contraire, pour Karine, les moments passés avec son amie durant cette dure période étaient une occasion de lui changer les idées.

4.1.5 Anaïs : une confrontation de soi

Anaïs nous parle de sa meilleure amie qu'elle côtoie depuis l'enfance, soit depuis 17 ans. En fait, elle mentionne avoir toujours su que son amie éprouvait une difficulté avec la nourriture et son image corporelle en raison des propos qu'elles tenaient. Depuis qu'elle la connaît, elle a toujours passé des commentaires négatifs sur son apparence, même s'ils étaient dits à la blague. Petit à petit, Anaïs décèle des changements dans ses comportements aux heures des repas, tels qu'une diminution dans la quantité d'aliments ingérés, mais aussi dans l'attitude de son amie, qui trouve toujours une explication pour justifier son comportement. La perte de poids s'accroît suite à une restriction alimentaire et à l'usage de l'activité physique fréquente et intensive comme moyen compensatoire. Une détérioration de son état physique est visible, elle montre des symptômes de sous-alimentation. Pour Anaïs, l'anorexie mentale est un problème épisodique, car elle constate que son amie a des périodes où la situation est moins drastique qu'à d'autres.

Malgré tout, son amie ne manque pas l'occasion de se comparer aux autres, de les critiquer et d'en être jalouse. Anaïs explique que la présence du problème d'anorexie mentale avait une bonne raison d'être chez son amie. En fait, elle voyait des gains à adopter de tels comportements. Elle avait un sentiment d'accomplissement personnel et de réussite dans l'atteinte de ses objectifs de contrôle de son poids. Elle projetait une fierté qui lui donnait de l'importance. Elle attirait le regard des autres et se complaisait dans son désir de plaire aux hommes. Outre ses gains personnels, son occupation professionnelle dans le domaine de la mode lui donnait une raison de plus d'adopter de tels comportements, en raison de la valorisation de la minceur dans ce domaine.

L'expérience a été difficile pour Anaïs. En fait, elle rapporte avoir traversé plusieurs émotions, soit la frustration de voir son amie se rendre malade alors qu'elle avait la santé, l'inquiétude et l'impuissance devant la situation ainsi qu'une forte remise en

question de sa propre perception de son image corporelle. À aucun moment, le problème d'anorexie mentale n'a affecté la relation avec son amie et ce, malgré les confrontations que cela lui faisait vivre. Leur amitié est encore très présente. Pour Anaïs, c'est une situation qui est difficile à vivre lorsque nous en sommes témoin. Elle a dû chercher de l'aide, contacter une ressource pour obtenir des informations sur la manière de gérer le problème et d'agir avec son amie.

4.1.6 Olivia : une question de contrôle

Lors de l'entrevue, Olivia nous parle de deux expériences significatives reliées au problème d'anorexie mentale, l'une avec une amie du secondaire et l'autre, avec sa cousine. Un portrait de chacune de ces expériences sera présenté.

Dans un premier temps, Olivia nous parle d'une amie qu'elle a connue au secondaire. Elle avait remarqué ses comportements avant même que leur amitié se développe. En fait, elle a observé que son amie faisait des exercices avec ses pieds en classe durant de longues périodes de temps et sans arrêt. Cela l'avait questionnée. À force de la côtoyer et d'entretenir une relation d'amitié avec elle, Olivia dit avoir remarqué son rapport particulier à la nourriture. Elle nous explique que son amie parlait constamment de nourriture, de ce qu'elle avait mangé de calorique ou de ce qu'elle aimait. La nourriture était le principal sujet de conversation, même si la situation portait sur un tout autre sujet. Son amie ne manquait pas une occasion de parler de sa faim. Toutefois, pour Olivia, ce n'était pas cohérent, car elle ne la voyait jamais manger à l'école, ni même à l'heure du dîner, sans compter qu'elle était très maigre. Elle se cachait dans des vêtements amples et avait toujours froid.

Une restriction alimentaire sévère, une alimentation saine et peu calorique, la présence de périodes d'exercice physique excessives et intensives ainsi que des vomissements sont à la source de la perte de poids de son amie. Il y avait aussi une grande fatigue et un état dépressif. Selon Olivia, son amie n'avait aucune fierté à

afficher de tels comportements, elle ne se trouvait pas belle. Elle voulait aller mieux, mais disait que l'anorexie mentale était plus forte qu'elle, elle ne contrôlait plus ses comportements. Pour Olivia, il s'agit plutôt d'un appel à l'aide, une manière de montrer qu'elle existe. En adoptant de tels comportements, son amie exprime un besoin, celui d'être entendue et prise en charge.

Cette expérience a été difficile pour Olivia, car la maigreur de son amie lui a fait vivre beaucoup d'inquiétude. Le problème d'anorexie mentale a eu un impact sur leur relation, car il a fallu, d'une part, qu'elle se détache un peu, car cela était trop éprouvant et, d'autre part, parce que l'aide reçue créait une distance entre elles. Aujourd'hui, Olivia n'a plus de contact avec cette personne.

Dans un second temps, Olivia nous livre l'histoire de sa cousine qu'elle considère comme une sœur. Le problème d'anorexie mentale a débuté par un intérêt pour la perte de poids. Sa cousine et une amie ont consulté une nutritionniste en dyade. Tranquillement, une compétition sur leur perte de poids s'est produite. Le problème d'anorexie s'est graduellement installé et l'obsession était bien présente. Sa cousine pouvait se peser jusqu'à trois fois par jour. À ce moment, une seule livre faisait toute la différence.

La perte de poids résultait d'une restriction alimentaire, d'une incitation pour déféquer et de vomissements comme moyens compensatoires. Des épisodes de compulsions alimentaires suivis de périodes de privation pouvaient également être visibles. Ces comportements étaient motivés par une envie de plaire aux hommes. La perte de poids lui procurait ce besoin d'être attirante. Elle avait aussi le besoin de se comparer aux autres et de commenter la beauté et la minceur des autres filles.

La relation de proximité avec sa cousine lui a permis de la confronter sur la situation, mais aussi sur ses mensonges au sujet de son poids et sur l'aide prétendument reçue. Malgré cela, le problème d'anorexie mentale n'a pas eu d'impact sur sa relation avec

sa cousine. Toutefois, elle reconnaît avoir vécu de la colère et avoir minimisé les difficultés que sa cousine pouvait vivre.

4.1.7 Émilie : des promesses et des mensonges

Émilie nous parle d'une de ses meilleures amies qu'elle connaît depuis le secondaire, soit depuis près de 12 ans. Elle dit avoir toujours entretenu une relation saine et honnête avec cette personne, ce qui la rend importante au sein de son réseau social. Le problème d'anorexie mentale s'est installé progressivement. En fait, elle a pris un certain temps avant de se rendre compte de la situation de son amie, qui s'isolait pour éviter les regards et s'habillait de plusieurs couches de vêtements amples pour camoufler sa silhouette. La prise de conscience du problème a été un « choc » pour Émilie à la vue de la maigreur de son amie. À ce moment, elle pouvait voir que, physiquement, son amie n'allait pas bien. Selon elle, celle-ci avait l'air d'« une malade en phase terminale ». Rapidement, elle observe certains comportements chez son amie. Outre l'importante fixation qu'elle porte sur son ventre, elle refuse de manger devant les autres, ce qui donne lieu à des mensonges et à des excuses sur sa prise de repas. C'est après quelque temps qu'un diagnostic d'anorexie mentale est posé. Les comportements alimentaires ne sont pas le seul élément préoccupant chez son amie. Elle présente également beaucoup d'épisodes de dépression et, à l'occasion, des idées suicidaires.

La perte de poids résulte d'une restriction alimentaire, soit de petites portions, des aliments sains et faibles en gras. Les épisodes de rage alimentaire et de culpabilité sont fréquents, mais elle compense ses excès par des périodes de surentraînement en fréquence et en intensité. Pour Émilie, ce problème est de nature épisodique, puisqu'il se présente par phases.

Elle constate également que son amie a besoin de se comparer et d'être en compétition avec autrui. La plupart du temps, elle en tire profit avec ses amies

proches. Bien entendu, cet esprit de compétition porte sur son apparence physique, mais également sur d'autres sphères. Elle envie les autres et ne se contente pas de ce qu'elle a, elle veut ce que possèdent les autres.

Ce problème a eu un impact sur la relation entre Émilie et son amie. En fait, au début, les préoccupations, les inquiétudes et l'impuissance face à la situation difficile que vivait son amie occupaient souvent ses pensées. Elle a investi beaucoup d'énergie à vouloir l'aider. Toutefois, avec le temps et après plusieurs tentatives infructueuses, elle s'est rendue compte que cela ne fonctionnait pas. Émilie a vécu cette situation comme un échec personnel. Elle a compris qu'elle ne peut rien faire pour son amie, si celle-ci refuse de s'aider. Toutes ses constatations l'ont amenée à vivre encore aujourd'hui de la colère face aux mensonges et aux promesses non respectées de son amie. La problématique d'anorexie a également créé beaucoup de frustration, de dégoût et de révolte chez Émilie, qui, à certains moments, doit prendre une distance pour se préserver.

Comme cette expérience affecte Émilie, elle a dû aller chercher de l'aide. Elle a consulté un travailleur social pendant un an afin de comprendre le problème de son amie ainsi que l'impact de la situation sur elle. Par ailleurs, celle-ci a fait des recherches sur internet et consulté des livres sur le sujet à la bibliothèque.

4.1.8 Justine : un moyen d'expression

Justine nous parle de son amie du secondaire qu'elle connaît depuis dix ans. Elles ont été meilleures amies de la première année à la troisième année du secondaire. Son amie disait souvent qu'elle se trouvait grosse et qu'elle souhaitait perdre du poids, son image d'elle-même était très négative et elle ne se trouvait pas assez belle. Justine mentionne s'être aperçue que son poids la dérangeait, mais à ce moment elle ne se doutait pas de l'ampleur du problème. Tranquillement, elle a pu observer de petits détails sur les comportements alimentaires de son amie. Durant la période estivale,

Justine s'est absentée et à son retour elle s'est rendue compte que ça n'allait plus pour son amie. Dès ce moment, plusieurs changements se sont opérés. Elle ne mangeait plus beaucoup et sautait des repas. La perte de poids est devenue de plus en plus importante. Elles se sont éloignées de plus en plus, car son amie a changé ses fréquentations. Elle se tenait désormais avec des personnes qui accordaient une très grande importance à leur apparence.

La perte de poids était le résultat d'une restriction alimentaire sévère. Elle consommait des aliments riches en fibre pour favoriser la digestion et se faisait vomir comme moyen compensatoire. Un état dépressif était très perceptible, ça n'allait pas bien dans sa vie en général.

Selon Justine, son amie n'avait pas de gain à présenter ces comportements, au contraire c'était plutôt négatif. En fait, les impacts de la sous-alimentation n'étaient pas positifs et n'attiraient pas l'attention de son entourage. Pour Justine, l'anorexie de son amie a été un moyen d'exprimer qu'elle n'allait pas bien et qu'elle n'était pas heureuse.

Un diagnostic d'anorexie mentale a été posé. Justine affirme avoir vécu de l'inquiétude et s'être sentie impuissante de ne pas savoir comment aider son amie. Ce problème a eu un impact indirect sur l'amitié qu'elles entretenaient. En fait, une distance s'est créée en raison de leurs intérêts divergents sur la beauté et l'apparence. Elle n'a pas reçu de ses nouvelles depuis près de deux ans.

Dans cette section, nous avons pris connaissance des récits des participantes face au problème d'anorexie mentale et de la manière dont chacune a vécu cette expérience. Dans la prochaine section, nous tenterons de répondre aux objectifs spécifiques de la recherche. Les participantes ont été invitées à parler de leur perception de l'apparition du problème de l'anorexie mentale chez leur proche, des moyens pour contrer le phénomène ainsi que des suggestions de pistes d'action.

4.2 La perception des participantes sur l'expérience d'une proche présentant un problème d'anorexie mentale

Nous avons demandé aux participantes de nous entretenir sur les raisons de l'apparition du phénomène, les moyens pour contrer le problème de l'anorexie mentale ainsi que de nous suggérer des pistes d'action. Les extraits des entretiens sont présentés de manière à conserver les termes exacts utilisés par les répondantes. De plus, mentionnons que les résultats présentés s'appuient sur la fréquence des données recueillies et aussi sur le sens qui s'en dégage.

4.2.1 L'apparition du problème d'anorexie mentale

Le guide d'entretien a été conçu afin de connaître la perception des répondantes sur les raisons de l'apparition de l'anorexie mentale chez leur proche. À travers leurs propos, nous avons ciblé trois grandes sous-catégories : les caractéristiques de la personne, le réseau familial et social ainsi que les expériences significatives vécues.

Plusieurs éléments reliés à la caractéristique de la personne qui souffre d'anorexie mentale ont été soulevés par les répondantes. Tout d'abord, toutes reconnaissent que leur proche avait une fragilité personnelle favorisant le développement du problème.

La faible estime de soi est un élément récurrent dans leurs propos. La majorité des participantes mentionnent cet élément comme important dans leur perception du problème. Cette faible estime de soi se traduirait par une mauvaise image d'elles-mêmes et un sentiment de ne pas être assez belles :

Elle est extrêmement belle, une très belle fille, mais son chum ne pouvait pas lui toucher le ventre, il ne pouvait pas lui faire des caresses. Avant qu'elle devienne anorexique, c'était comme vraiment super complexé avec son ventre comme je ne peux pas mettre de tube, car j'ai de la graisse ici. C'était comme toujours bizarre, toujours tiré par les cheveux. [...] elle n'avait pas confiance en elle. Une fille qui a

confiance en soi, tu as 10 livres en trop, la terre n'arrête pas de tourner, elle a vraiment un problème de confiance en elle. (Émilie)

[...] c'était vraiment plus sur son poids, c'était vraiment, ah je sais que j'en ai pris dans les cuisses, regarde mes bras... Elle se pogne du gras... se regarde en disant comme ARK. Il n'y avait rien de comme ah j'aimerais me faire couper les cheveux comme ça, c'était vraiment plus comme ah j'ai du gras là, j'en ai ici, et la aussi. (Karine)

Ce manque d'estime se perçoit également dans le sentiment d'infériorité au sein de son entourage, que ce soit auprès d'amies ou du sexe opposé. De plus, vivre un échec dans son parcours fragiliserait l'estime de soi. En fait pour Olivia, Émilie et Anaïs, cela produirait le sentiment de ne pas être à la hauteur et une perte de confiance en leurs compétences.

[...] ce n'est pas une fille qui était bonne à l'école et je pense qu'elle a trouvé ça difficile de ne pas être bonne à l'école. Elle a été refusée dans un domaine d'étude comme trois fois d'affilée, alors que son amie et moi avons été prises. Finalement, elle s'est revirée de bord. Elle a vécu des échecs comme ça. (Olivia)

Par ailleurs, pour Maélie, Olivia et Émilie, la présence d'obsessions s'avère être une caractéristique de leur proche. Les participantes mentionnent qu'avant l'apparition du problème d'anorexie mentale, leur proche avait une sensibilité au niveau des obsessions. Selon elles, cette caractéristique de leur proche souffrant d'anorexie mentale constituerait une explication au développement d'une obsession face à la nourriture. À titre d'exemple, Émilie explique les comportements obsessifs de son amie comme suit :

Elle était obsédée avec des choses. À un moment donné, c'était les vernis à ongles avant de devenir anorexique. Elle changeait de vernis à chaque jour, vraiment obsédée, c'était spécial. Admettons, un bon six mois chaque jour il fallait qu'elle change de vernis à ongles, car elle trouvait que son vernis était chipé. Elle faisait des choses comme ça, bizarres. Elle mettait des bandeaux à chaque jour pendant six mois. Elle part sur des affaires, c'est vraiment spécial, donc pour moi la fixation sur la nourriture c'est une autre passe. (Émilie)

Quelques répondantes évoquent aussi que l'anxiété et la quête de contrôle chez leur proche sont à l'origine de l'apparition de comportements alimentaires inappropriés.

L'impact du réseau familial et social dans l'apparition du problème est fortement présent dans nos entretiens. En fait, la majorité des participantes considèrent que l'influence du réseau chez leur proche anorexique a contribué au phénomène. D'une part, cette influence proviendrait des membres de la famille et, d'autre part, de leurs pairs.

Les comportements et l'idéologie de certaines familles sont à la base même du problème d'anorexie mentale. Dans les témoignages des proches, on retrouve l'image d'un modèle de perfection projeté dans le milieu familial qui amène inconsciemment une ligne directrice à suivre :

Écoute dans sa famille, ils sont tous bien faits, donc elle a toujours eu un modèle de la femme qui est une femme belle, mince, en forme et qui ne mange pas trop, qui mange équilibré. Peut-être que cela a fait en sorte qu'elle a associé son corps à la bouffe qu'elle mangeait et qu'après ça, avec les modèles qu'elle avait [...] Par rapport à la bouffe, je ne pense pas qu'un message était envoyé, mais inconsciemment, il projetait une image parfaite de la femme avec le corps parfait et tout. Cela s'est fait inconsciemment, ils n'ont pas fait exprès. (Valérie)

Les actions vues et les discours entendus par un membre de la famille font souvent que l'enfant intègre un discours qui ne lui est pas adressé.

Sa mère avait toujours fait plein de régimes et elle avait toujours été témoin de ça depuis qu'elle était petite. Sa mère voulait maigrir, elle se trouvait grosse, elle voulait perdre du poids, mais ça ne marchait jamais. À un moment donné, elle a commencé à regarder les livres de régime à sa mère [...] et elle a comme mélangé tout plein de régimes ensemble et elle s'est faite comme un régime dans sa tête [...] je pense que c'était une façon de se dire que si sa mère l'a faite, ça doit être correct [...] Honnêtement j'y crois, je me dis que ça a du sens de grandir avec l'idée et de toujours entendre ta mère dire « je suis

grosse, je suis grosse, il faut que je perde du poids ». À un moment donné, l'enfant intègre un peu ce discours-là. (Olivia)

De plus, l'acquisition d'un sentiment d'appartenance à un groupe et le désir de s'y sentir intégré peuvent influencer les comportements, car elles sont prêtes à tout pour obtenir ce qu'elles veulent. C'est le cas de l'amie de Karine pour qui la privation de nourriture était une façon de se sentir appartenir à un groupe de pairs :

Ses amies sont vraiment tous très minces, comme vraiment, ils sont comme une vieille dame vraiment mince. Elle a dû le voir comme eux sont minces et moi je suis vraiment obèse [...] ouf! Je dois ressembler à ces personnes-là, car moi je trouve que je ne « fit » pas dans cette gang-là. » (Karine)

Les gens fréquentés ont aussi une influence sur le choix du comportement adopté. Que ce soit des personnes, des endroits ou des objets, tous ont un impact. Plusieurs répondantes notent que les pairs ont contribué au problème parce que les gens fréquentés étaient jugés comme superficiels, c'est-à-dire des personnes pour qui la beauté, l'apparence physique et la richesse matérielle sont importantes. Émilie nous rapporte bien cette influence :

Elle se tenait avec la gang de son chum, une gang superficielle [...] tranquillement, elle commençait à devenir moins nos amies. Ceux qui avaient plus de poids à perdre, elle les voyait moins, comme si elle commençait à sélectionner et prendre les plus « hot ». (Émilie)

Dans l'apparition du problème, l'influence des proches peut être directe ou indirecte. Elle peut être perçue dans le discours de l'entourage par des gestes et des commentaires désobligeants dirigés vers la personne à l'égard de l'apparence et du poids : « Des fois j'allais chez elle et elle prenait juste des desserts et là sa mère lui a dit que si elle voulait maigrir, ce n'est pas comme ça » (Justine). Cependant, il est important de nuancer puisque certains gestes ou paroles ne sont pas adressés directement à la personne ni destinés à la blesser, mais l'interprétation que la personne en fait est tout autre. Valérie l'illustre ainsi :

Elle était en période de croissance et sa tante elle lui a dit : « tu as dont bien des belles bajoues » et elle lui a pris comme ça (en pincette). À partir de là, tout a commencé. (Valérie)

Pour certaines participantes, le faible niveau de reconnaissance de l'entourage serait un élément favorisant le développement d'un problème d'anorexie mentale chez certaines personnes. Le sentiment de ne pas être entendue, ne pas se sentir importante aux yeux de personnes significatives à leurs yeux, telles que les parents et la fratrie, occasionnerait une fragilité chez la personne. En fait, elle développerait un problème alimentaire pour susciter leur attention. Olivia, Karine et Justine mentionnent que l'anorexie mentale de leur proche était un appel à l'aide.

J'avais l'impression que c'était; allo prends soin de moi maman. Maman, je suis malade, prends soin de moi. En continuant à perdre du poids, c'est comme si quelque part elle cherchait... va-t-elle s'en rendre compte ma mère que je ne vais pas bien et qu'il faut qu'elle prenne soin de moi. (Olivia)

Pour Karine, le rang qu'occupe son amie dans sa famille serait une explication crédible, du fait qu'elle était moins prise en considération par ses parents :

Elles sont trois filles et mon amie est celle du milieu. Je trouve que la plus vieille c'est comme si l'on essaie, on la surprotège et après ça, elle va bien et l'on ne refait pas les mêmes choses sur la deuxième. Et là, il y a une troisième, donc la deuxième est comme mise un peu à l'écart. La plus vieille et la plus jeune sœur étaient peut-être plus prises en considération et mon amie, celle du milieu, était comme ALLO j'existe. (Karine)

Le discours des proches mentionne que le contexte familial difficile peut expliquer partiellement le problème. En effet, pour la moitié des répondantes, les problèmes liés à ce contexte teintent leur parcours. Certaines ont eu une adolescence rebelle alors que d'autres ont vécu des déchirements familiaux suite à la séparation de leurs parents. Ce dernier élément n'est pas négligeable, car il occasionne plusieurs bouleversements pour les enfants, tels que des déménagements et l'arrivée d'une

belle-mère ou d'un beau-père. Selon nos répondantes, la rupture conjugale a effectivement un impact sur le reste de la famille, brisant l'unité familiale. De plus, les répondantes rapportent que la plupart des familles de leur proche étaient rigides et avaient un cadre disciplinaire strict. Les dynamiques relationnelles entre les membres de leur famille sont également particulières. Certaines sont basées sur une relation amour/haine, d'autres s'inscrivent dans une relation fusionnelle alors que d'autres sont distantes.

Certaines répondantes rapportent que les familles de leur proche étaient considérées comme parfaites et performantes aux yeux des autres, mais que leur réalité était tout autre. Pour Émilie, la famille de son amie correspond bien à l'idée qu'elle se fait d'une famille de personne présentant un problème d'anorexie mentale : « À l'extérieur ça l'air de la famille vraiment parfaite, avec la maison, avec les fleurs, la piscine, mais finalement à l'intérieur ça ne va pas si bien que ça » (Émilie).

Tout comme Sarah, Maélie et Olivia mentionnent qu'une difficulté au niveau de la relation mère/fille semble avoir un lien particulier dans l'apparition du problème d'anorexie mentale de leur proche. Elles parlent d'une confusion des rôles. En fait, pour Olivia et Maélie, la dynamique relationnelle difficile est créée par une inversion des rôles, soit celui d'un parent immature et d'un enfant parentifié. Maélie s'exprime ainsi :

Je suis plus malade que toi, il y avait comme une *game*, une guerre de celle qui était plus malade, de celle qui va s'occuper de qui, parce que la mère, ça va être une éternelle adolescente, une éternelle enfant [...] La relation n'était pas bonne, mais elle l'aimait pareil. Elle la voyait quand même, mais chaque fois qu'elle la voyait, elle était désespérée des comportements enfantins de sa mère. (Maélie)

Quant à Sarah, elle nous dit que son amie avait une relation de proximité avec sa mère, laissant croire à une relation fusionnelle :

C'était vraiment comme une affaire de relation fusionnelle avec la mère et [...] Honnêtement, ça l'air cliché, mais comme sa mère, elle nous dit c'est genre sa meilleure amie. Elles vont tous les soirs prendre des marches et elles se racontent leur vie et savent tout sur leur vie.
(Sarah)

Dans le discours des répondantes, nous constatons que la pression de performance a également un impact sur l'apparition du phénomène. En fait, la plupart des personnes rencontrées mentionnent que leur proche était poussée à performer. Cette pression est perceptible au sein des familles en raison des exigences élevées auxquelles sont confrontés ses membres. La volonté d'atteindre l'excellence se situe à plusieurs niveaux. Certaines évoquent qu'elle est visible au quotidien par la préoccupation d'être toujours bien mise ainsi que par les avoirs matériels : grosse maison, belle auto, emploi prestigieux, etc. Cette performance n'est pas nommée, mais elle est sous-entendue dans l'image projetée.

Toutefois, on constate aussi que la performance est encouragée dans la pratique sportive. Elles sont encouragées à se surpasser et à faire des sacrifices pour se hisser au sommet. De plus, elles subissent une pression pour la performance académique :

Cette fille c'est une surdouée à l'école, mais elle pouvait revenir avec un 90 %. Ces parents à la place de dire bravo tu as une super bonne note, ils disaient « c'est bien, mais tu aurais pu avoir 98 % » [...] c'était tout le temps tu aurais pu faire mieux [...]. (Valérie)

Les événements significatifs vécus guident le parcours de chacune et façonnent leur identité. Trois participantes ont déclaré que l'intégration au milieu scolaire s'inscrit comme un point important pouvant être à l'origine de l'anorexie mentale de leur proche. La forte importance accordée à l'école dans la vie d'une personne en fait une expérience significative. En fait, elles mentionnent que leur proche a eu des difficultés à s'intégrer auprès de ses pairs au primaire et au premier cycle du secondaire, ce qui aurait amené cette personne à vivre de l'isolement. Olivia et Anaïs relatent que :

Elle était arrivée à l'école en secondaire 2 [...] elle n'avait pas d'ami, donc temps qu'à manger toute seule sur une table de cafétéria, elle avait décidé de ne plus dîner. [...] comme pendant un an et temps qu'elle était toute seule, elle ne dînait pas. (Olivia)

Je sais qu'elle a vécu vraiment un enfer au primaire. Elle a vécu une puberté beaucoup plus jeune que toutes les autres filles. Elle était plus costarde, plus grande et elle avait plus de boutons que les autres... elle était plus développée. Elle avait plus de seins que les autres pis elle s'est vraiment fait pointer du doigt. Elle s'est sentie vraiment stigmatisée là. Je me souviens, je suis un peu plus vieille qu'elle et j'allais à l'école secondaire et quand je revenais, je la voyais dans la cour d'école... elle était souvent toute seule. Elle a passé son primaire tout seule. (Anaïs)

Outre une intégration scolaire ardue, pour Anaïs, le problème alimentaire de son amie provient d'expériences difficiles dont elle n'a pas fait le deuil. En fait, c'est l'accumulation d'événements pénibles, tels le décès de sa mère à l'adolescence et une rupture amoureuse significative qui l'auraient fragilisée.

4.2.2 Les moyens pour contrer l'anorexie mentale

Au cours des entretiens, nous avons questionné les participantes pour savoir quels étaient les moyens utilisés par leur proche anorexique dans le but de résoudre ce problème d'anorexie mentale. Nous poursuivons donc avec la présentation du contexte de la demande d'aide et le type de services reçus pour nous permettre de faire une liste des retombées positives et négatives trouvées par les répondantes.

Dans les propos des répondantes, nous constatons que le but de la demande d'aide est différent d'une personne à l'autre. En effet, certaines désirent se prendre en charge de façon volontaire, d'autres, à l'opposé, sont forcées et obligées de consulter, tandis que pour d'autres encore la démarche se fait conjointement avec son entourage. Pour ce qui est de l'expérience significative d'Anaïs, elle mentionne que son amie a elle-même demandé de l'aide. Elle en parle ainsi :

Possiblement que si elle a décidé d'elle-même d'aller consulter, c'est qu'elle a senti un besoin d'en parler ou qu'elle a réalisé qu'il y avait peut-être quelque chose qu'elle devait prendre en main ou je ne sais pas comment dire ça... J'avais l'impression qu'il y avait quelque chose, qui fallait qu'elle aille au fond de certaines choses. (Anaïs)

Dans ce contexte, la personne qui souffre d'anorexie mentale est consciente de son problème et elle démontre une capacité à se mettre en action, ce qui n'est pas toujours le cas. D'autres sont conscientes de leur problème, mais ressentent le besoin d'être guidées et encouragées par les autres pour faire le saut. Par ailleurs, pour ce qui est de la majorité de notre échantillon, la recherche d'aide s'est faite conjointement ce qui signifie que la personne présentant un problème d'anorexie mentale a démontré une ouverture à recevoir de l'aide et que les parents ou l'entourage ont favorisé la démarche.

Dans le cas où la personne reconnaît difficilement son problème ou si elle refuse de recevoir de l'aide, il arrive que la demande d'aide soit faite par autrui dans un contexte de contrainte, c'est-à-dire que les proches de la personne souffrant d'anorexie mentale font une demande d'aide contre le gré de la personne. L'expérience de Valérie se situe dans ce contexte : « C'est correct de la forcer, parce qu'à un moment donné, il fallait quelqu'un pour la stopper là-dedans » (Valérie).

Le recours à une aide professionnelle est récurrent dans les entretiens. Toutes les participantes ont affirmé que leur proche avait eu recours à ce type de service. Certaines mentionnent toutefois ne pas connaître la nature ou la durée du service auquel ont eu accès leur proche, mais elles reconnaissent cependant qu'il y a eu une intervention professionnelle.

Nous observons que l'aide professionnelle est divisée en deux, soit les suivis externes et internes. Pour la majorité des répondantes, les proches ont joui d'un suivi externe avec des professionnels en relation d'aide. La plupart ont eu recours aux services de psychologues et de travailleurs sociaux en individuel. Certaines ont bénéficié de

l'aide de spécialistes des problèmes alimentaires, alors que pour d'autres c'est le service de nutritionnistes. Les suivis ont été réalisés tant au privé qu'au public (CLSC). Des répondantes ont noté que les personnes anorexiques ayant bénéficié d'un suivi à l'externe ont interrompu leur suivi en cours de route pour diverses raisons : trop dispendieux, trop confrontant, etc. À ce sujet, Maélie mentionne : « Je ne pense pas qu'elle a fait exprès, mais elle avait un psychologue spécialisé au niveau de l'anorexie et elle a arrêté après quelques semaines ».

Quant à Émilie, elle rapporte que son amie, en plus d'avoir eu recours à un suivi externe individuel, a bénéficié des interventions de groupe en externe. Ce type d'intervention lui donnait l'occasion de rencontrer d'autres personnes et d'ouvrir sur son problème au sein d'un groupe d'individus confrontés à la même problématique.

Justine et Olivia affirment que leur proche anorexique a eu recours à un suivi interne pour les aider à aller mieux. Considérant leur état de santé fragile suite à une dénutrition, elles ont eu des périodes d'hospitalisation où elles ont bénéficié d'un suivi multidisciplinaire impliquant un médecin, une infirmière, une nutritionniste, un psychologue et un travailleur social. Elles avaient accès à l'intervention individuelle et de groupe. Olivia nous mentionne que :

Du moment où elle a eu sa première hospitalisation à l'hôpital, je pense que c'était en secondaire 3, peut-être vers la fin de l'année, ça l'a été des in and out jusqu'en secondaire 5. Toutes ces années-là, ça l'a été des in and out et à un moment donné, Ste-Justine ce n'était pas assez, donc c'était rendu à Douglas. (Olivia)

Cinq participantes rapportent également qu'en plus des services professionnels, leur proche a eu besoin d'antidépresseurs. À cet effet, Olivia note que :

Ce qui a beaucoup aidé dans son cas, ça l'a été le prozac (antidépresseur), c'est plate à dire, mais sûrement la thérapie aussi, c'est sûr, j'imagine, mais le prozac, ça l'a été vraiment aidant. (Olivia)

À la lumière de ces constats, les participantes ont été amenées à articuler comment la personne souffrant d'anorexie mentale percevait l'aide reçue. Les réponses nous ont permis d'obtenir leur point de vue sur les retombées négatives et positives de ces services.

Dans un premier temps, Valérie, Sarah, Olivia, Justine, Émilie et Anaïs ont décelé des lacunes dans l'aide prodiguée à leur proche anorexique. Selon elles, ces éléments ont nui, d'une certaine manière, au processus d'aide.

Tout d'abord, pour Olivia, l'hospitalisation en groupe est néfaste puisque que les anorexiques sont hospitalisées avec d'autres anorexiques. Pour Justine, ce principe n'est pas mauvais en soi, car il est basé sur un principe d'entraide. Cela leur permet de nouvelles rencontres et de partager sur ce qu'elles vivent. Elle affectionne ce principe à court terme, mais elle ignore les effets à long terme. Quant à Olivia, dont l'expérience est totalement différente, elle affirme que l'entraide n'était pas utilisée correctement. En fait, au lieu de s'entraider pour un mieux-être, elles s'aidaient mutuellement à aggraver leur problème. La création d'une compétition malsaine entre les membres du groupe se trouvait renforcée. Elle en parle ainsi :

Elles faisaient des plans entre les filles. Ok, là lorsqu'on sort, on perd toutes 5 livres pour re-renter. Elles se « primaient » entre elles pour revenir à l'hôpital [...] la compétition de dire, ça va être moi la première, celle qui va entrer en premier c'est la meilleure. (Olivia)

Pour Émilie, cette compétition malsaine n'est pas le seul élément négatif. Elle rapporte que les interventions de groupe ont aussi tendance à provoquer une dédramatisation de la situation chez la personne qui en vient à minimiser son problème d'anorexie mentale en percevant les autres comme étant pires qu'elle. À ce sujet, elle mentionne :

Des rencontres de groupe, elle est allée et je pense que ça l'a empirée parce qu'elle nous avait texté : ce n'est vraiment pas si pire que ça, il y a des filles là-bas il mangeait une carotte par jour, elles sont vraiment

folles, ça fait comme 20 ans qui sont de même. Finalement, ça me rassure, je ne suis pas si pire que ça. (Émilie)

Olivia évoque l'idée que le suivi interne n'interviendrait pas sur le problème dans sa globalité. L'aide serait orientée sur la reprise de poids. Pour elle, cet élément s'avère être crucial pour mettre la personne hors de danger, mais il n'en demeure pas moins que d'autres éléments nécessitent une attention particulière des professionnels. Concrètement, le regard quasi unique porté sur le poids (état physique) fait que les problèmes sous-jacents (état psychologique) ne sont pas réglés. Pour Olivia, l'intervention est incomplète et même incohérente :

Elle me disait dans le fond, là on n'avait pas le droit de marcher, on n'avait le droit de ne rien faire, il fallait tout le temps qu'il ne bouge pas de la journée pour prendre du poids. Mais c'est con! C'est sûr, moi aussi je prendrais du poids si je ne bougeais pas de la journée, mais le problème ne sera pas plus réglé. (Olivia)

Pour certaines participantes, le suivi auprès de professionnels était trop chargé et trop confrontant pour la personne souffrant d'anorexie mentale. Autrement dit, on leur demandait trop et on allait travailler trop vite sur des choses difficiles pour elles. Valérie et Anaïs commentent ainsi :

Peut-être que pour elle ça signifie de surmonter une énorme montagne, c'est peut-être trop gros pour elle. [...] Ou bien que pour elle c'était tellement un énorme défi qu'elle s'est découragée et qu'elle a lâché. (Valérie)

Ç'a été comme trop rapide. On est arrivé trop rapidement à des choses qui étaient tellement difficiles pour elle de faire. On lui demandait la lune pour elle. Elle ne pouvait pas trouver..., elle se trouvait démunie... Se trouver des qualités... elle savait peut-être même pas par où commencer. (Anaïs)

Pour plusieurs répondantes dont Valérie, Olivia, Émilie, Sarah et Maélie, le fait de ne pas être prête à débiter un suivi a été un élément majeur dans l'échec de l'aide reçue. Le fait d'entamer un travail sur elles-mêmes leur demandait trop d'effort :

Je pense vraiment que j'ai tout essayé [...] Comme prendre mes distances pendant trois semaines, ne pas lui parler et vraiment faire des menaces comme si tu ne changes pas.... J'ai tout fait; j'ai pleuré, j'ai crié après, je me disais c'est peut-être la façon qu'on va agir avec elle qui va la faire réveiller, mais non je pense qu'elle n'était juste pas là, pas prête. [...] ce qu'elle voulait c'était de gagner du temps tout le temps. Elle nous bullshittait des affaires [...] On dirait qu'elle voulait juste gagner du temps, ah comme ils ne m'en parleront pas pendant deux mois, je vais pouvoir prendre mon souffle et ils vont revenir à charge dans pas long et je vais pouvoir me préparer d'autres excuses. C'est du temps gagné. (Émilie)

Il n'y a pas que des retombées négatives. Les répondantes ont mentionné que dans le cas de leur proche, certaines approches ou interventions se sont avérées être positives.

La majorité mentionne avoir observé une différence dans les comportements suite à l'aide reçue. Certaines ont affirmé avoir noté de légères améliorations, d'autres ont mentionné que les comportements alimentaires inadéquats ont cessé alors que d'autres encore ont remarqué que leur proche était plus en mesure de s'apprécier et de se complimenter.

Dans le cas de l'amie de Justine, le retrait de son milieu a été avantageux. En fait, elle rapporte que cette coupure avec sa réalité lui a permis de retrouver son énergie et de se soustraire à une pression indue dans plusieurs sphères de sa vie :

Ça l'a sûrement aidée de ne pas habiter, ni chez sa mère, ni chez son père... d'avoir une pause de chicane pour penser. Elle dessinait, elle avait des projets. Elle a toujours été un peu artistique, donc elle dessinait, je m'en rappelle. Elle écrivait aussi, donc c'est pour ça que c'était positif. Et l'école, cela lui a enlevé une autre pression, donc elle était retirée de toutes les pressions en même temps. (Justine)

Justine mentionne également qu'en plus d'avoir moins de pression, elle retirait des bienfaits de son séjour à l'hôpital puisque l'approche utilisée, qui est axée sur le renforcement positif, était valorisante. En fait, son amie avait envie d'avoir un

privilège et un droit de sortie, ce qui la motivait à améliorer sa santé. Justine l'explique ainsi :

Aller à l'hôpital, ça marchait. Mettons si elle mangeait bien et qu'elle reprenait du poids et bien elle pouvait sortir faire une marche ou bien elle pouvait sortir une fin de semaine. Dans le fond, il la récompensait en lui permettant une certaine liberté face à son bon comportement. [...] ça marchait, car elle avait le goût de sortir. Donc, elle avait le goût d'aller mieux, elle m'en parlait. (Justine)

Par contre, pour d'autres l'hôpital avait l'effet contraire : la menace de se rendre à l'hôpital les motivait à faire les efforts nécessaires pour ne pas s'y rendre :

À Douglas, elle était toute seule, elle n'avait pas droit de visite, c'était vraiment l'hôpital psychiatrique. C'était vraiment plus strict, de ce que j'ai compris. Elle ne trouvait pas ça comique de devoir retourner à Douglas, donc je sais qu'à ce moment-là elle se forçait pour manger. (Olivia)

Pour Karine, l'implication des parents et leur reconnaissance du problème de leur fille a été un point positif, puisqu'à partir de ce moment, ils ont modifié leur comportement. Elle avance même que la reconnaissance du problème par les parents peut être un facteur important dans la résolution du problème :

Après que les parents aient comme pris en charge son problème, c'est revenu OK. Complètement. [...] elle mangeait à sa faim, elle mangeait du chocolat, de la crème glacée, etc. Elle ne se privait plus et elle était vraiment plus enjouée, moins amorphe. [...] ç'a été drastique, comme je mange. (Karine)

4.2.3 Les suggestions de pistes d'action

Dans cette partie, nous nous pencherons sur le point de vue des proches quant à ce qui aurait pu être bénéfique pour aider une proche qui souffre d'anorexie mentale en considérant le type d'aide à privilégier ainsi que les conditions favorables et défavorables.

À la lumière de leur expérience, plusieurs répondantes ont évoqué qu'un soutien professionnel plus complet et plus adapté aurait été bénéfique pour leur proche. L'aide spécialisée s'avère être nécessaire dans le cadre d'une problématique complexe comme l'anorexie mentale. Certaines mentionnent que ce n'est pas tout le monde qui détient les compétences pour intervenir avec un tel problème et avec ce type de clientèle. Émilie perçoit les personnes souffrant d'anorexie mentale comme des personnes particulières, mentionnant que « celles-ci sont dans la majorité des cas rigides, difficiles à approcher et sur la défensive » (Émilie). Les répondantes conçoivent que les connaissances et les atouts relationnels des professionnels peuvent aider à déconstruire les pensées erronées des personnes qui présente un problème d'anorexie mentale :

Je pense qu'on a tous besoin d'aide pour tous les problèmes qui nous arrivent. Pour l'anorexie, on a besoin de l'aide d'un professionnel [...] juste comme pour en parler et peut-être si elle voulait comprendre son problème, si elle voulait comprendre pourquoi ça lui arrive à elle. Pourquoi c'est si flagrant dans ma vie et pourquoi j'ai été capable de le faire. (Karine)

Malgré l'importance du soutien professionnel, Sarah, tout comme la moitié des répondantes, a mentionné l'importance du réseau dans la résolution du problème. Karine l'évoque ainsi : « l'appui de l'entourage est important. Je pense que si la famille est là dans des moments comme ceux-là, ben c'est juste positif, comme lâche pas, tu es capable ». En effet, le soutien de la famille et des amis semble un élément positif pour la personne souffrant d'anorexie. Anaïs nous livre le désir de son amie à son égard : « Elle dit, soit là pour moi, c'est le plus que tu peux faire. Soit là pour moi, pis si j'ai besoin d'en parler, tant mieux si tu m'écoutes ». (Anaïs)

L'aide professionnelle et le soutien de l'entourage demeurent deux éléments très importants aux yeux des répondantes. Cependant, elles notent que l'aide et le soutien apportés doivent être faits en prenant certaines précautions. L'ensemble des participantes ont été invitées à parler des conditions qui leur apparaissent favorables

et défavorables. Voici ce qui ressort de leur propos. Tout d'abord, il demeure très important de promouvoir des interactions positives et constructives, c'est-à-dire de faire ressortir le positif et de souligner les efforts et les progrès. Pour Karine, cette approche est au cœur même de la réussite de l'aide apportée à une personne.

La très grande majorité des participantes parlent du volontariat comme une condition favorable et primordiale à la réussite de l'aide apportée. Elles ont mentionné que la réticence de la personne qui présente un problème d'anorexie mentale entraînait une faible adhérence au suivi, une trop forte confrontation de la personne face à son problème ainsi qu'une interruption précoce à l'aide reçue :

Elle est allée en chercher, mais c'était comme trop forcé. Elle n'était pas encore prête. Et ça, c'est quelque chose qui m'avait fait réaliser que ce n'est pas aidant non plus de vouloir plus qu'elle. Elle n'était pas prête, donc ça n'a pas fonctionné et elle me mentait et au monde à place. (Olivia)

Je ne sais pas comment la psychologue elle intervenait, mais honnêtement je pense que n'importe comment ça l'aurait été amené, elle n'était juste pas prête à ce moment-là à changer. Comme je te dis, je pense qu'elle avait encore des gains. (Maélie)

Ce qui amène donc les répondantes à dire qu'il n'est d'aucune utilité de forcer quelqu'un à commencer un suivi, au contraire, cela peut être nuisible et créer une distance entre la personne présentant un problème d'anorexie mentale et l'aidant.

Plusieurs déclarent aussi que de regarder le problème dans sa globalité s'avère essentiel pour résorber un problème complexe tel que l'anorexie mentale. De plus, elles mentionnent que les suivis psychosociaux auxquels ont participé leur proche étaient trop souvent axés sur des éléments particuliers et que le problème n'était pas regardé en profondeur. Pour Olivia, Valérie et Anaïs, en agissant de la sorte, on passe à côté de l'essence même du problème :

Je trouve que ça ne fait pas de sens, parce que c'est comme mettre un diachylon sur le bobo. Tu te dis, ah on va la mettre là pour qu'elle

reprenne 5 livres et ensuite la sortir, mais elle ressort, mais le problème n'est pas réglé. C'est comme tu as touché juste à la pointe de l'iceberg. Tu as travaillé sur la pointe de l'iceberg, ah bien on va la gaver pour qu'elle reprenne du poids, mais as-tu été travaillé en dessous voir tout ce qui se passe? Pourquoi en est-elle là ? (Olivia)

Olivia nous présente l'aspect complexe du phénomène en disant que « l'anorexie est un symptôme visible d'un problème invisible ». Dans cette optique, une approche globale s'avère être essentielle à la résolution profonde du problème. Pour ce faire, les répondantes mentionnent qu'il demeure important de décortiquer le problème étape par étape et en travaillant sur des objectifs réalistes. Pour Valérie, Olivia et Anaïs, prendre en compte tous les facteurs du problème demeure la clé ultime de la réussite d'une aide et ce, peu importe qu'elle soit de nature professionnelle ou qu'elle provienne du réseau de soutien.

Dans le contexte d'un service d'aide, il est également important que l'aidé et l'aidant puissent créer un lien de confiance et une ouverture afin de favoriser les échanges et permettre à la personne de s'exprimer en toute liberté. L'importance d'une bonne relation thérapeutique est soulignée dans l'ensemble des propos des participantes : « Si elle avait pu créer un lien de confiance avec quelqu'un, peut-être que ça l'aurait accrochée au suivi » (Valérie). Pour plusieurs, cela correspond au succès d'un suivi. D'après Karine, Valérie, Olivia et Anaïs, une relation thérapeutique doit être basée sur la confiance, le non-jugement, l'écoute active et la liberté d'expression :

Elle avait vraiment peur du jugement des autres. Pour se confier, elle devait avoir confiance en l'autre, donc le non-jugement c'est clair, vraiment juste l'écoute. Il faut laisser la place à la personne de s'exprimer librement. (Olivia)

Finalement, Émilie, Olivia et Anaïs apportent l'idée qu'au profit d'une bonne aide, les proches, tout comme les différents professionnels, doivent dépersonnaliser le problème. Autrement dit, pour elles, il est important de ne pas voir la personne comme un problème en la désignant comme « anorexique », mais plutôt de lui

reconnaître d'autres caractéristiques et de la considérer comme une personne à part entière, soit une fille, une mère, une diplômée, une artiste, etc. À cet égard, Anaïs mentionne :

C'est qu'on doit arrêter de les identifier comme une personne anorexique. Il faut les voir comme une personne avant tout. [...] c'est une personne qui là, pour un moment de sa vie, à un certain problème, ça sert à rien de la mettre dans une catégorie, ça sert absolument à rien, ça fait juste empirer. (Anaïs)

Pour la majorité des participantes, il y a eu un moment où leur manière d'interagir avec leur proche était axée sur la confrontation. Les comportements adoptés par leur proche souffrant d'anorexie mentale étaient déroutants et les plaçaient dans une situation d'inconfort et d'impuissance. Souvent, en ayant parfois elles-mêmes vécu l'expérience, elles rapportent que comme proche d'une personne présentant un problème d'anorexie mentale, il est facile de tomber dans la confrontation, dans le questionnement et dans le jugement face aux comportements alimentaires inappropriés. Toutefois, elles constatent que cette approche n'est pas aidante, car elle provoque la colère et les personnes qui présentent un problème d'anorexie mentale en viennent à s'éloigner avec le sentiment de ne pas être entendues et comprises. Anaïs s'exprime ainsi :

L'effet de questionner... je pense que c'est peut-être un peu maladroit. Je pense que les gens ont besoin de se faire reconforter et rassurer quand il y a quelque chose qui les déstabilise. [...] Le premier réflexe va être pourquoi, il y a-t-il quelque chose qu'on a fait ? Je peux les comprendre de poser ces questions-là, parce que moi aussi je les ai posées les questions pis j'ai compris que cela ne fonctionnait pas. Ce n'est pas ça, ce n'était pas ça pantoute. Le problème c'est qu'en retour ça se peut que la personne s'éloigne parce qu'elle se sent agressée, confrontée et peut-être probablement jugée, peut-être pas par des questions, mais des fois les gens disent : « elle a toute pour être heureuse », tu le sais-tu toi ? Est-ce qu'on le sait ?... Non ! Donc, je pense qu'il y a ça qu'il faut faire attention. (Anaïs)

Les différents constats des répondantes leur permettent ainsi d'affirmer que ces éléments sont contraignants à l'aide apportée. Elles soulignent que la confrontation s'avère être parfois aidante pour faire réaliser aux proches l'ampleur de la situation, cependant, pour Sarah, elle devrait être utilisée par des professionnels possédant les compétences appropriées pour en faire usage. Ce qui laisserait ainsi aux proches le soin de soutenir la personne :

Moi je pense qui faudrait que ce soit des personnes qui connaissent ça, pis qui sont spécialistes là-dedans qui la confrontent, pas ses amis ou sa famille. Je pense qu'elle a besoin de nous pour la soutenir, car les personnes qui vont la confronter, elle va les détester. (Sarah)

4.3 La perception des participantes quant au phénomène de l'anorexie mentale

Chaque participante a été invitée à émettre son point de vue sur la manière de définir l'anorexie mentale, les raisons de l'apparition du problème ainsi que les suggestions de pistes d'action possibles pour contrer le phénomène.

4.3.1 La définition de l'anorexie mentale

Dans les entretiens, nous avons exploré la conception des participantes sur l'anorexie mentale. À cet effet, nous mettons en lumière leur propre définition, un portrait décrivant en quoi, selon elles, l'anorexie mentale constitue un problème ainsi que leur perception quant à la possibilité qu'une personne présentant un problème d'anorexie mentale puisse se sortir complètement de cette situation.

Dans l'ensemble, leur conception du phénomène est très similaire. Dans leurs termes, elles définissent toutes l'anorexie mentale comme une privation de nourriture avec usage de moyens compensatoires tels que vomissements, usage de laxatifs, exercices physiques, etc. avec l'objectif de perdre du poids.

L'ensemble des participantes reconnaissent que l'anorexie mentale n'est pas uniquement un problème physique : « Je pense que le physique c'est la manifestation de ce qui se passe à l'intérieur » (Anaïs). En fait, elles s'entendent pour dire que ce problème va au-delà de l'arrêt de l'alimentation. Ce n'est pas juste physique ou pour la perte de poids, il s'inscrit dans les pensées. Comme le mentionne Sarah, « l'arrêt de manger est majoritairement le reflet de ce qui ne va pas bien dans la tête, mais aussi dans la vie et dans les relations d'une personne ».

Les termes utilisés pour définir la nature du problème sont différents d'une répondante à l'autre. Une parle de distorsion mentale, certaines font allusion à une maladie alors que d'autres la voit comme un problème psychologique. Malgré cela, toutes sont d'accord pour dire que le problème d'anorexie mentale s'inscrit dans des fonctions psychologiques. Quelques-unes se positionnent sur le fait que c'est un problème de santé mentale, dont Maélie, qui dit :

Je pense que les gens voient ça comme un problème d'estime de soi et non l'anorexie comme, mettons la dépression. Pour moi, c'est dans la même catégorie, c'est un problème de santé mentale. (Maélie)

À ce sujet, les propos des participantes sont unanimes. Toutes voient l'anorexie mentale comme problématique, puisqu'elle a un impact sur la santé physique et psychologique. Pour sa part, Sarah mentionne qu'un tel problème occasionne « des carences nutritionnelles, une perte d'énergie et une faible capacité à fonctionner ». Pour Olivia, « des gens en meurent... il y a des impacts, il y a des gens qui ne s'en remettent pas, qui peuvent devenir infertiles, des répercussions qui peuvent avoir un impact sur le reste de ta vie ». En fait, la problématique entraîne un mode de vie qui n'est pas sain.

Le caractère problématique de l'anorexie mentale n'est pas que physique, il entraîne des problèmes importants sur le plan psychologique, tels que la dépression. Son impact se reflète également à plus grande échelle, soit au sein de l'entourage de ces

personnes. Pour Olivia, Émilie et Karine, les comportements inappropriés en viennent à bouleverser tout l'environnement de la personne : « [...] tout le monde s'inquiète, donc c'est sûr qu'autour de toi, ça vient troubler l'atmosphère, ce qu'il n'y avait pas avant la perte de poids » (Karine). Selon les répondantes, l'inquiétude n'est pas le seul impact, l'anorexie mentale peut aussi engendrer des ruptures ou l'éloignement familial et amical.

Anaïs reconnaît que l'anorexie mentale a des impacts et donc qu'il constitue un problème. Cependant, elle n'aime pas le mot « problème », car il a une connotation très négative.

Lors des entretiens, le point de vue des répondantes sur la capacité d'une personne à se rétablir d'un problème d'anorexie mentale a fait surface, ce qui nous a amenée à le considérer comme un élément important dans leur perception du phénomène.

Toutes les répondantes s'entendent pour dire que se sortir d'un problème d'anorexie mentale n'est pas facile. En fait, elles rapportent que les personnes qui se remettent complètement de ce problème sont très rares. Elles sont convaincues que des fragilités persistent dans la pensée de ces personnes pour le reste de leur vie. Les préoccupations corporelles pourraient s'atténuer et être moins envahissantes, mais il reste toujours des séquelles :

Je pense qu'elle va toujours garder ça en tête. Oui, je pense que tu gardes ça en tête toute ta vie. Ça peut être moins pire, je pense que les symptômes peuvent diminuer, mais je pense que tu restes toujours avec ça. (Valérie)

Olivia et Karine sont d'accord avec les autres participantes, mais elles mentionnent en plus que le degré de gravité du problème donne un indice de l'impact des fragilités restantes. Pour elles, la personne qui développe un problème d'anorexie sévère va devoir livrer un combat toute sa vie, alors que pour les cas moins sévères, seules des préoccupations demeureront.

Dans les entretiens, quelques participantes ont abordé le risque que les personnes ayant vécu l'anorexie mentale puissent retomber dans ce problème au cours de leur vie. En fait, elles mentionnent que la récurrence demeure toujours présente chez ces personnes, car leur système a été fragilisé. Pour Émilie : « Il y a toujours un risque que tu retombes là-dedans, si par exemple il se passe de quoi dans ta vie ». Le fait de vivre des moments difficiles pourrait faire en sorte que la personne se tourne une seconde fois vers l'anorexie mentale.

Quant à Karine, elle mentionne que les risques de récurrence sont présents, mais seulement chez les personnes qui n'ont pas bien compris les raisons qui les ont menées à de tels comportements. À l'inverse, elle affirme : « que chez une personne qui a compris, qui a réussi à contrôler et qui aujourd'hui va bien, ça peut se régler définitivement », car elle détient les outils et les ressources nécessaires pour ne jamais retomber dans un tel problème.

Olivia aussi livre un témoignage à l'effet que les ressources professionnelles sont nécessaires, voire essentielles pour se sortir d'un problème d'anorexie mentale. Elle émet l'idée qu'une assistance professionnelle aiderait les personnes à prendre un recul suffisant pour comprendre leur comportement et ainsi faire en sorte que le problème se résorbe :

L'aide est indispensable [...] S'en sortir sans aide professionnelle!
Honnêtement, je ne pense pas. Ce sont des pensées tellement envahissantes, la personne n'est plus capable de prendre du recul.
(Olivia)

Elle nomme aussi que si une personne réussit à se sortir du problème sans une aide qualifiée, il y a de fortes chances qu'elle ne soit pas rétablie complètement en affirmant qu'une vulnérabilité demeurera.

4.3.2 Les explications sur l'apparition du problème

À travers les propos des participantes, cinq grandes sous-catégories se sont créées : l'idéologie et les valeurs sociales, les caractéristiques personnelles, le réseautage social, les expériences significatives et la nature complexe du problème.

Toutes les participantes mentionnent que la valorisation de la minceur dans notre société a une forte influence sur le problème d'anorexie mentale. Comme Justine, elles sont nombreuses à rappeler que la société est à la base du problème :

Je pense que le plus important c'est l'élément de la beauté vraiment mince, c'est ce qui est véhiculé dans les médias. Je ne pense pas qu'il y avait des problèmes de ce genre-là dans les années 1850, quand c'était beau d'être gros. Donc, c'est sûr que d'après moi c'est la source qui contribue vraiment au phénomène. Je ne pense pas que ça arriverait si l'image de la beauté était quelqu'un qui est gros. (Justine)

Selon l'ensemble des répondantes, le message véhiculé dans la société québécoise est axé sur « l'apparence, l'image corporelle et le physique » (Justine). L'image projetée à la télévision et dans les publicités est celle de ce à quoi on devrait ressembler. Pour Maélie, Karine, Olivia, Justine et Valérie, l'industrie de la minceur et de la perte de poids est très présente dans les médias :

C'est tellement présent dans les médias, dans toutes les annonces, même quand tu te promènes à l'épicerie là, on lit juste 100 calories, du jus 0 calorie, toute à 0 calorie dans la vie. Comment tu ne veux pas te sentir coupable de manger un gros morceau de gâteau, quand tu sais que tu pourrais manger de la crème glacée à zéro calorie ? Je pense que ça, toutes les annonces de gyms, les émissions de télévision comme Qui perd gagne ou les émissions de minceur avec Chantal Lacroix et les publicités radio et les magazines dont la manchette est comment perdre 4-5 livres en deux semaines ont un impact important sur comment la personne va se voir et agir. (Maélie)

Pour Valérie, les modèles et les standards de beauté pour les jeunes filles, tout comme pour les garçons, sont préoccupants : « être mince et sexy » pour les filles et pour les

garçons c'est « la musculature et le corps parfait tout découpé ». On nous bombarde également de messages nous montrant que la minceur est la clé pour réussir dans la vie. Karine en parle ainsi :

Pourtant, même si une personne est un peu ronde, ça ne fait pas d'elle, une personne qui n'est pas capable d'avoir des relations stables, d'avoir une belle vie et de réussir dans la société. Sauf que je pense que le message qui est véhiculé dans la société, c'est vraiment comme soyez mince et belle. (Karine)

L'omniprésence de la valorisation de la minceur dans notre quotidien nous fait croire qu'elle constitue la norme et que tout devrait tendre à l'atteindre :

À force d'entendre parler de tout cela, c'est comme tu te questionnes. Est-ce que je suis normale de ne pas être comme ça, de ne pas me trouver grosse et de ne pas avoir envie de manger juste des fruits et des légumes dans la vie? (Maélie)

Cependant, d'autres diront que les médias ont effectivement une influence, qu'ils contribuent au problème mais qu'ils ne sont pas à la base de l'apparition du phénomène. Cette idée s'appuie sur le raisonnement de certaines participantes, dont Émilie, Karine, Maélie et Olivia, qui affirment que même si nous sommes tous bombardés par cette valorisation de la minceur, nous ne développons pas tous ce problème : « je me dis que celle qui ne le développe pas, elle doit avoir des facteurs de protection que l'autre n'a pas » (Olivia).

Pour l'ensemble des participantes, la performance sociale et individuelle exerce également une pression importante sur les personnes :

Comme personne, tu te demandes d'exceller et d'avoir 100 % contrôle sur absolument tout, par souci de te surpasser. Mais, la pression vient aussi des parents qui te poussent à toujours trop bien réussir, sans compter toute la pression de performance de notre société qui te demande pas moins que d'être la meilleure. (Olivia)

Ce qui explique bien l'apparition du problème, car « tous les messages véhiculés socialement prônent la perfection » (Karine). Cette performance est prescrite comme un élément essentiel à la réussite individuelle, sociale, familiale et professionnelle. Maélie souligne l'impact de cette sollicitation à la performance :

C'est clair que la performance dans notre société a un impact, car pour moi la performance c'est autant au niveau esthétique qu'au niveau du travail, au niveau de la conciliation travail/famille, parce que si les parents passaient moins de temps à courir après leur queue, sous expression, ils pourraient être un peu plus à l'affût des comportements de l'enfant. (Maélie)

En fait, tout est projeté en fonction de l'idéologie de la minceur et des valeurs de beauté et de productivité. Toutefois, tous n'y correspondent pas et l'on juge ou discrédite discrètement ceux et celles qui n'y adhèrent pas. Pour Olivia et Justine, le monde compétitif dans lequel on vit n'aide en rien, car les gens viennent à se déprécier et à adopter des comportements pour se conformer à cette idée de perfection.

Les caractéristiques personnelles occupent une place importante dans la perception des participantes sur le développement de l'anorexie mentale. La présence d'une fragilité au niveau de l'anxiété/insécurité et de l'estime de soi ainsi qu'une quête de contrôle sont citées par la moitié des participantes comme des facteurs prédisposants au phénomène. Maélie et Émilie nous livrent ce contenu :

L'anorexie... c'est beaucoup un contrôle sur l'alimentation. Quand je n'ai pas le contrôle ailleurs, j'ai le contrôle sur ce que je mange, donc pour moi ça parle d'insécurité. (Maélie)

Quelqu'un qui a vraiment confiance, qui se fait dire par son chum : tu devrais perdre du poids, elle ne lui parlera plus. Alors que si tu n'as pas confiance, tu vas le laisser faire et ça va t'affecter beaucoup. (Émilie)

Quant à Valérie, Justine et Anaïs, elles suggèrent que le facteur héréditaire pourrait aussi jouer un rôle dans l'apparition du problème. Autrement dit, selon elles, des

prédispositions génétiques augmenteraient les probabilités qu'une personne développe ce problème : « il y a les gènes qui pourraient contribuer au problème. Une personne qui a un membre de sa famille qui a eu l'anorexie mentale a sans doute plus de chance de le développer » (Valérie). Pour Karine, Valérie et Justine, la présence de fragilités psychiatriques, telles que la dépression ou d'autres problèmes de santé mentale, que Valérie nomme « comorbidité psychiatrique », rendraient une personne plus sujette à développer un problème alimentaire.

Par ailleurs, Olivia mentionne qu'un mal de vivre peut aussi être à l'origine de l'apparition du problème. D'après elle, le problème d'anorexie mentale serait soutenu par une volonté de s'autodétruire : « quelqu'un qui se scappe la santé et qui sait pertinemment qui se scappe la santé ». L'adoption de comportements alimentaires inappropriés serait alors perçue comme un moyen de soulagement pour la personne.

Tout comme Anaïs, la totalité des personnes interviewées mentionnent que le réseau social peut avoir une grande influence sur la manifestation du problème alimentaire. Certaines stipulent que les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle de premier ordre lorsqu'on tient compte de l'environnement familial ou « du quartier où la personne grandit, de l'école qu'elle fréquente et des personnes qu'elle côtoie » (Justine).

Dans une autre optique, les propos désobligeants à l'égard d'une personne par un membre de son entourage, de façon intentionnelle ou non, s'avèrent être dans certains cas un puissant déclencheur :

[...] ce n'est pas mal intentionné de la part des gens, mais des fois un commentaire peut rester. Des fois parmi tous les compliments que tu reçois, le commentaire négatif peut faire dégringoler tout le reste, te faire oublier tout le reste. (Anaïs)

Comme chaque individu interprète différemment les commentaires, chez une personne présentant une fragilité personnelle, un commentaire comme celui-ci :

« hey, tu as l'air en forme, tu as pris un petit peu de poids » (Anaïs) peut être interprété comme une offense. Olivia affirme que l'interprétation négative d'un tel commentaire peut faire des ravages et détruire l'estime d'une personne.

Pour trois répondantes, Olivia, Karine et Anaïs, la présence d'expériences douloureuses significatives pourrait expliquer l'apparition du phénomène. Elles reconnaissent une possible fragilité chez la personne suite à un choc émotionnel ou physique. Anaïs nous donne des exemples :

Il peut arriver des chocs, des décès, des échecs, des ruptures... des chocs peuvent être plus importants, des viols, de la violence conjugale, familiale... un meurtre, un suicide pas de soi, mais des tentatives de suicide. (Anaïs)

Dans ces situations, particulièrement lors d'une agression sexuelle, le problème d'anorexie mentale serait une manière de « reprendre du pouvoir sur son corps et sur sa vie » (Olivia).

Pour certaines répondantes, la complexité de l'anorexie mentale est le fondement du problème. Elles évoquent que celui-ci n'est pas à causalité unique, « mais bien multidimensionnel » (Olivia), c'est-à-dire que, d'après elles, plusieurs facteurs sont impliqués dans l'apparition du phénomène.

C'est sûr que travailler l'anxiété, ça lui donnerait des outils qu'elle mettrait dans son coffre à outils toute sa vie, mais en ne travaillant que ce seul élément, le problème ne sera pas réglé, car plusieurs facteurs sont impliqués et doivent être travaillés. (Valérie)

En fait, cette vision globale démontre que c'est l'ensemble des facteurs et la fragilité qui constituent le problème d'anorexie mentale.

4.3.4 Les suggestions de pistes d'action

À la lumière des raisons possibles de l'apparition du phénomène social de l'anorexie mentale soulevées par les participantes, nous leur avons demandé de nous indiquer

des pistes d'action envisageables qu'elles jugeraient pertinentes pour lutter contre ce fléau. En regard aux réponses obtenues, nous les avons regroupées en trois sous-catégories, soit la modification de l'idéologie sociale, la sensibilisation au problème et l'adoption d'une vision multidimensionnelle du problème d'anorexie mentale.

Dans notre société, la valorisation de la minceur, de la performance et de la perfection est très présente. Les répondantes mentionnent qu'une intervention doit être faite afin de modifier les attentes et « éviter les risques qu'une personne développe un problème d'anorexie mentale » (Justine). Pour Sarah, Karine, Olivia, Justine, Anaïs et Valérie, cela passe par la valorisation de la diversité corporelle dans l'espace médiatique :

Les annonces de Dove, c'est une belle initiative, mais je suis sûre qu'il y a bien des gens qui regardent ça et qui font arkkkk, une grosse à la télévision. On n'est pas habitué. Je trouve ça vraiment dommage, car je trouve qu'il devrait avoir vraiment plus de compagnies, de publicités, peu importe, qui utilisent des mannequins avec un poids santé et plus. (Olivia)

En fait, la grande majorité des participantes affirment qu'il faudrait encourager l'industrie québécoise de la mode à prôner différentes formes de silhouettes dans l'image qu'elle transmet aux consommateurs « en se ralliant à la faible minorité qui fait l'usage de modèles de différentes formes dans leurs publicités » (Justine). Selon elles, la présentation d'images réalistes, auxquelles les jeunes peuvent s'identifier, leur permettra de s'apprécier tels qu'ils sont. Pour Anaïs, cela ne s'inscrit pas seulement dans l'espace médiatique, mais également au cœur des relations hommes/femmes, en spécifiant que si :

À la base, les vrais êtres humains, les vraies personnes justement dans une conversation à la table pouvaient souligner des traits positifs chez une femme ça serait justement d'encourager un développement qui serait intellectuel et physique. (Anaïs)

De plus, les messages doivent être modifiés afin que tout ne soit pas présenté dans une optique de perte de poids ou de plus grande performance. Pour Justine, le problème s'inscrit dans la manière dont le message est livré :

Mettre l'accent sur l'importance d'être actif, je ne pense pas que c'est mauvais, mais inscrire ton enfant à une course lui disant d'aller courir parce qu'il est gros, ce n'est pas une bonne idée. Il faut que ça soit le fun pour lui de faire du sport, il ne faut pas que ça soit pour perdre du poids. (Justine)

Pour Maélie, une modification doit également être faite quant aux exigences de performance établies dans la société. D'après elle, un manque d'équilibre est présent, « on valorise la performance, alors qu'on valorise beaucoup moins les efforts ». Elle souligne que l'on parle beaucoup des valeurs soutenues par la société québécoise qui sont la réussite comme reconnaissance.

Bref, toutes reconnaissent l'importance d'une modification de l'idéologie sociale de la perfection et de la minceur, cependant, certaines voient ces interventions comme une pensée idéaliste parce que « ce n'est pas demain la veille qu'on va changer le monde de la mode, ça prend du temps, beaucoup de temps » (Olivia). Elles considèrent donc que l'intervention doit être faite « à plus petite échelle, afin de tranquillement changer les mentalités et faire une différence » (Karine) dans la manière de voir et de vivre dans la société.

Plusieurs pistes d'action sont ressorties des propos des participantes. Un bon nombre ont été regroupées sous le terme de la sensibilisation, car elles se rapportent à tous et chacun et veulent conscientiser les gens à la problématique sociale de l'anorexie mentale. La sensibilisation englobe la prévention et l'éducation. Pour la totalité des participantes, la sensibilisation s'inscrit à divers niveaux, soit auprès des parents, du réseau social, dans les écoles tout comme auprès de la population générale. La très grande majorité amène l'idée qu'il est important de conscientiser les gens au problème en leur démontrant que le problème d'anorexie mentale est partout dans la

société, « pas seulement chez les filles vraiment maigres qu'on voit dans les magazines, mais peut-être que quelqu'un dans ton entourage est anorexique, mais que ça paraît pas temps que ça » (Olivia).

Pour Karine, il est également important de sensibiliser les gens à l'impact de certaines paroles sur les autres. Malgré les bonnes intentions que soutient la sensibilisation, Émilie note « qu'on doit en parler, mais il faut faire attention dans la manière que cela est fait ». Autrement dit, il faut user de doigté, car une trop grande sensibilisation pourrait avoir l'effet contraire, soit de rendre le problème populaire. Émilie mentionne « qu'elle ne voudrait pas que ça donne des idées au monde, c'est pourquoi il faut leur montrer le côté négatif du problème, tous les désavantages ».

Concrètement, la sensibilisation pourrait se faire par l'entremise de campagnes publicitaires, de formations, de témoignages, etc. qui auraient un but commun visant à défaire ce que Maélie décrit comme « la vision utopique du corps véhiculée dans la société » et présenteraient une vision réelle du corps et des répercussions possibles. Cette réalité peut être démontrée dans une publicité-choc où l'objectif serait de secouer les gens par l'usage d'images provocantes et de statistiques saisissantes. Pour Olivia : « les publicités-chocs, ça l'a toujours eu un impact, des annonces-chocs, ça rentre dedans, mais en même temps avec de l'éducation à travers ça c'est que positif, je pense ».

Plusieurs participantes s'entendent pour dire que la prévention précoce serait utile : dans le cas de l'anorexie mentale, soit d'« investir chez les jeunes dès la petite enfance » (Maélie), mais aussi « dès l'apparition des premiers symptômes qui constituent des facteurs propices au développement du problème, tels que l'anxiété et une faible estime de soi » (Valérie). Pour la plupart d'entre elles, la prévention précoce demeure avantageuse, car elle permet de faire du dépistage et ainsi « évite que les comportements inappropriés à l'égard de la nourriture se cristallisent en problème d'anorexie mentale » (Olivia). Toutes mentionnent que la prévention doit

être faite à différents niveaux : auprès des parents, des enfants, des institutions scolaires et sportives.

Dans une optique de prévention, Justine, Maélie et Karine parlent de l'importance de s'attarder aux fragilités personnelles car, selon elles, c'est ce qui fait qu'une personne peut développer un problème. Un travail au niveau de l'estime de soi s'avère être crucial dans ce genre de problème. Elles affirment que la personne doit être en mesure de se valoriser et de vivre des réussites pour que son estime d'elle-même grandisse. Considérant que l'estime de soi se bâtit dès l'enfance, pour Justine il va de soi que les parents ont un rôle important à jouer. Toutefois, ces participantes croient que l'estime de soi peut être travaillée dans un contexte extérieur à la famille. Karine nous donne un exemple de ce qui pourrait être envisagé :

Au secondaire, il y a des cours où l'infirmière vient nous voir pour nous parler des ITSS, du condom, de la pilule et des choses comme ça. Il devrait avoir peut-être quelque chose comme cela de fait au niveau de l'estime de soi, peut-être comme un cours dédié à Aimeons-nous tout le monde, des choses comme ça. (Karine)

Pour certaines participantes, le soutien des proches est d'une grande importance pour aider au mieux-être de la personne. Pour Sarah, celui-ci ne doit pas être uniquement dirigé à l'endroit de la personne qui présente un problème d'anorexie mentale, mais aussi offert aux proches qui les soutiennent. L'éducation s'inscrit donc comme un préalable au soutien bénéfique. L'ensemble des répondantes décèlent que les proches, tout comme la population en général, « présentent un manque de connaissances sur ce que c'est l'anorexie mentale, comment agir ou ne pas agir auprès de ces personnes et qui est concerné » (Karine). Maélie précise l'idée du manque de connaissances des gens :

Je pense qu'il faudrait investir au niveau des jeunes filles et jeunes garçons, parce qu'on parle souvent de l'anorexie chez les femmes. Des gars qui sont au gym 5-6 fois semaine pis 7 fois semaine, qui prennent

des *shakes* et qui ne pensent qu'à développer leurs muscles, pour moi ça c'est aussi de l'anorexie. (Maélie)

Justine mentionne que l'éducation auprès des parents est importante parce qu'elle permet d'« offrir un bon équilibre de vie à leur enfant ». Cette mesure s'avère être aidante et diminue les risques qu'un jeune développe un problème alimentaire.

L'accès et le développement de ressources d'aide s'inscrivent également dans le discours de trois répondantes qui déclarent que peu de ressources sont disponibles pour les personnes et leurs proches. Alors que certaines ne savent pas où se référer, d'autres n'y ont pas accès en raison des coûts dispendieux (consultation privée). Elles mentionnent que l'aide n'est pas suffisante et que l'instauration de nouvelles ressources d'aide serait aidante, « comme dans les milieux scolaires afin de mieux prévenir l'apparition du phénomène » (Olivia).

Pour sa part, Émilie rapporte qu'un programme de mentorat pourrait être aidant et soutenant pour les personnes présentant un problème d'anorexie mentale. Celui-ci viserait à offrir la possibilité à ces personnes de rencontrer « quelqu'un qui a lui-même vécu ce problème et qui serait prêt à donner de son temps pour accompagner une personne » dans le but de l'aider à surmonter le problème en lui faisant part de son expérience.

Finalement, la majorité des répondantes mentionnent que malgré les pistes d'action envisagées, le plus important est qu'elles doivent être mises en œuvre en tenant compte des interventions propices et souhaitables dans un contexte de relation d'aide. Karine mentionne « qu'il faut le respecter, lui demander s'il veut en parler... s'il est prêt et de lui dire que tu vas être là à ce moment. Tu ne seras pas là pour juger, rien de tout ça ». Il importe donc d'adopter une vision neutre et accueillante en reconnaissant la personne dans toute son unicité pour qu'elle puisse s'ouvrir.

En lien avec les propos des répondantes présentés plus haut qui estiment que le problème d'anorexie mentale tire ses sources de plusieurs facteurs, quelques-unes mentionnent qu'il est essentiel d'intervenir en prenant en compte la pluralité des facteurs impliqués afin de travailler le problème dans son ensemble en s'attardant aux problèmes sous-jacents. À ce sujet, Olivia s'exprime ainsi :

Je fais beaucoup de parallèles avec la consommation de drogues et d'alcool, mais pour moi l'anorexie ou le problème de consommation c'est la pointe de l'iceberg. Il faut aller travailler sur qu'est-ce qui a en dessous de la partie sous l'eau. Il faut aller voir d'où ça vient, pourquoi tu as commencé à développer ce comportement-là. (Olivia)

Quelques participantes mentionnent que l'ensemble des facettes sur lesquelles on peut avoir une emprise ou un certain pouvoir doivent être travaillées. Elles sont convaincues qu'en adoptant une telle approche, un travail plus en profondeur pourra être fait et donnera de meilleurs résultats quant au bien-être de la personne et à la résorption du problème. De plus, Olivia déclare aussi que « la concertation auprès des partenaires intervenant auprès d'une personne est avantageuse pour travailler différentes facettes du problème, sans oublier que ça évite de dédoubler les interventions ».

4.4 L'évolution des participantes dans leur perception du phénomène

Pour nous, l'évolution de la pensée des participantes face à l'anorexie mentale était révélatrice, car nous voulions savoir si leur perception s'était modifiée après avoir été en contact avec une personne de leur entourage qui présente un problème d'anorexie mentale. C'est pourquoi nous abordons maintenant la richesse et la diversité des connaissances amassées par la démonstration des changements produits. Dans un premier temps, nous présentons les apprentissages retirés de cette expérience et, dans un second temps, l'état de la compréhension des proches à l'égard du phénomène suite à l'expérience.

Le vécu des participantes s'est avéré être d'une grande richesse sur le plan des apprentissages. Pour la plupart, les dommages causés par l'anorexie mentale de leur proche les ont frappées de plein fouet. À la lumière des éléments recueillis, nous avons été en mesure de constater qu'il y a eu des apprentissages au niveau du problème et de la personne.

Dans un premier temps, une évolution dans la perception du phénomène chez les proches s'est produite. En plus, de prendre conscience qu'il est difficile de se rétablir de ce problème, certaines mentionnent que depuis leur expérience elles sont plus attentives aux comportements particuliers de leur entourage et plus à l'affût des signes précurseurs dans la communauté. Maélie en donne ici un exemple :

Au gym là, on dirait que j'ai comme un radar. Je sais si une personne s'apprécie à la manière dont elle se regarde dans le miroir ou dans ses gestes. Il y a une particularité [...] elle regarde ses cuisses, elle regarde son poids, elle fixe sur une partie du corps au lieu de se regarder dans son ensemble. (Maélie)

Quelques participantes prennent également conscience qu'intervenir auprès de ces personnes est difficile considérant la nature complexe du phénomène. Pour Justine, Karine, Olivia et Émilie, leur expérience avec l'anorexie mentale les aurait amenées à amoindrir leur jugement et leurs préjugés à l'égard de ce problème et des personnes qui le vivent :

Moi sur le coup, je me disais c'est vraiment du niaisage, je la trouvais ça immature au début, j'étais là franchement, c'est quoi ça.... Tu n'as plus 12 ans. Je ne comprenais comme pas. Je minimisais pis je jugeais. [...] Maintenant, je suis plus empathique. Je pense qu'il y avait vraiment une souffrance. (Olivia)

Dans un deuxième temps, au cours de leur expérience, elles ont noté des changements dans leur perception. Pour la plupart, au début, elles percevaient le problème différemment. Autrement dit, à force de côtoyer leur proche qui souffre d'anorexie mentale, elles disent avoir découvert l'ampleur possible du problème d'anorexie

mentale chez une personne « les préoccupations face à son poids sont omniprésentes et il y a toujours des pensées qui l'obsèdent » (Anaïs) et « la personne s'isole pis ça détruit toutes ses relations sociales » (Émilie). En fait, pour Émilie, le problème de son amie, l'a complètement transformée :

Et comment! Ça peut changer quelqu'un, sa façon d'agir, sa personnalité, c'est comme si ça prend contrôle de la personne. C'est plus la même, j'ai vraiment plus de fun avec elle. Ça te change complètement, c'est fou. Je ne pensais pas que ça pouvait te changer à ce point-là. C'est vraiment puissant. (Émilie)

Par ailleurs, ce que les participantes retirent de leur expérience est que l'anorexie mentale est un problème qui se présente de façon sournoise, occasionnant une grande souffrance pour la personne mais également pour ses proches. Pour Anaïs, la complexité du phénomène se concrétise par la présence d'obsessions et de subtilités pour lesquelles elle considère ne pas avoir été suffisamment préparée. Elle s'exprime ainsi :

On ne mentionne pas que cette personne-là va faire trois jours de crise d'angoisse parce que la vendeuse l'a regardée, puis elle lui a dit : ah veux-tu que je t'apporte un *small*? ... Non! Non! Non! C'est un EXTRA *small*. On ne se douterait pas que la personne va faire 4-5 jours de crise d'angoisse à cause de cet événement isolé là. (Anaïs)

À travers ces expériences, les participantes témoignent que leur compréhension du problème de l'anorexie mentale a évolué. L'ensemble des participantes affirme, tout comme Sarah, que : « on ne se pose pas beaucoup de questions jusqu'au jour où on est confronté à ça. Pis ce jour-là, on n'est pas préparé à affronter ce type de problème ». Elles déclarent qu'au départ leurs connaissances sur le sujet étaient faibles, mais qu'actuellement elles en connaissent plus sur ses manifestations et ses conséquences. Cependant, malgré tout, une incompréhension demeure dans les propos des répondantes. Plusieurs l'expriment en faisant référence à leur propre besoin de manger :

On a toute déjà essayé de ne pas manger, mais ça ne marche pas du tout, comme zéro, je ne suis vraiment pas capable de ne pas manger. Je ne comprends vraiment pas comment elle fait. C'est impossible, je ne pourrais pas, ne pas manger. (Karine)

Maélie note que sa compréhension n'est pas meilleure, mais « je le comprends différemment depuis mon expérience, car j'ai vu différentes facettes du problème ». Quant aux autres participantes, leurs propos semblent aller dans le même sens et ajoutent à cet effet qu'elles ne peuvent se baser sur un seul cas pour comprendre le problème. Sarah nous le présente en ces termes : « car le trouble se présente de façon différente d'une personne à l'autre, tous le vivent différemment ».

Pour la plupart, le phénomène de l'anorexie mentale est encore flou et il présente des « zones grises » (Karine). Pour Valérie, l'expérience s'avère être « la meilleure école pour apprendre », mais, selon Karine, la compréhension reste partielle car « on ne sait pas vraiment c'est quoi si l'on ne le vit pas nous-mêmes ».

En terminant, dans ce chapitre, nous avons présenté les résultats obtenus. Pour nous, cette démarche était importante et permettait de bien refléter les propos recueillis sur le terrain. Nous avons tenté de mettre en lumière les éléments convergents, mais également la pluralité des expériences et des perspectives.

CHAPITRE V

ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Dans ce chapitre, l'analyse des résultats s'appuie sur les éléments abordés dans la problématique, dans le cadre théorique et les propos des participantes. Ces résultats sont discutés à la lumière des objectifs de la recherche qui, comme déjà mentionné, étaient :

- d'explorer comment les participantes de l'étude comprennent le phénomène de l'anorexie mentale du point de vue de leur expérience personnelle;
- de connaître leur vision du phénomène en général;
- d'identifier leur perception quant aux pistes d'action pour les personnes ayant un problème d'anorexie mentale et leur entourage.

Il se divise en quatre sections. Tout d'abord, nous aborderons la question de la pluralité des perspectives sur le phénomène de l'anorexie mentale, suivi des limites de l'intervention offerte aux personnes présentant un problème d'anorexie mentale et des enjeux relatifs aux pistes d'actions envisagées. Enfin, la démarche complexe que constitue l'accompagnement d'une personne souffrant d'anorexie mentale fera l'objet d'une réflexion.

5.1 La pluralité des perspectives sur le phénomène de l'anorexie mentale

Dans cette section, nous voulons mettre en relation les propos des participantes et le cadre théorique de notre étude qui abordent les différentes perspectives pouvant expliquer l'anorexie mentale. Des propos des participantes, il ressort que plusieurs des perspectives décrites sont présentes dans leur conception du phénomène de l'anorexie mentale. Ainsi, les perspectives biomédicale, psychologique et familiale,

socioculturelle et féministe sont des perspectives utilisées par les participantes pour expliquer la présence d'un problème d'anorexie mentale. Toutefois, on constate que malgré la présence dans les propos des participantes, de plusieurs perspectives, certaines ressortent davantage, telles les perspectives psychologique, familiale et socioculturelle.

Les proches rencontrés mentionnent que la perspective psychologique évoquée dans le cadre théorique permet de comprendre le problème, puisque la présence de fragilités au niveau personnel pourrait être à l'origine du déclenchement d'un problème d'anorexie mentale. Selon les participantes, une faible estime de soi, la présence d'une anxiété importante et le besoin de contrôle sont des caractéristiques qui pourraient augmenter les risques de développer ce problème. L'explication que donnent les répondantes concorde avec celle de Bruch (1979), Brusset (1998) et Wilkins (2012) qui veut qu'une jeune fille ayant une faible estime de soi soit plus sujette à développer un trouble alimentaire.

Par ailleurs, il ressort également des propos des participantes que la dynamique familiale de la personne présentant un problème d'anorexie mentale pourrait la fragiliser et faire en sorte qu'elle soit plus encline à développer ce problème. Plusieurs auteurs, dont Minuchin (1978) et Selvini-Palazzoli (1996), rapportent que la présence de caractéristiques familiales pourrait engendrer, renforcer ou maintenir un problème d'anorexie mentale (Cook-Darzens, 2012). Pour les répondantes, les familles de leur proche entretiendraient des relations particulières.

Pour certaines participantes, la dynamique relationnelle particulière réfère aux rôles dans la famille. Quelques participantes mentionnent que leur proche présentant un problème d'anorexie mentale n'est plus dans son rôle d'enfant, mais dans celui du parent qui doit prendre soin. Pour d'autres, les conflits sont sous l'image d'une famille parfaite. L'une d'entre elles parle de la relation fusionnelle que son amie entretient avec sa mère, qui lui semble malsaine. Minuchin *et al.* (1978), Selvini-

Palazzoli (1996) et Onnis (1989, 2000) rapportent que la dynamique relationnelle particulière identifiée par les répondantes de l'étude est une caractéristique des familles de personnes présentant un problème d'anorexie mentale. En fait, les observations que font les répondantes rejoignent les résultats des travaux d'Onnis (2000). Plusieurs auteurs, dont Onnis, ont constaté que, dans les familles de personnes souffrant d'anorexie mentale, les frontières entre les sous-systèmes, soit les parents et les enfants, sont mal définies et facilement franchies (Onnis, 1991, 1992, 2013; Cook-Darzens *et al.*, 2000). Onnis (1991, 1992, 2000) note également que dans ces familles les conflits sont évités afin de maintenir l'harmonie au sein de la famille et le « mythe d'unité ». Ces dernières affirmations renvoient aux notions principales décrites dans la perspective familiale amenée dans le chapitre du cadre théorique. Huet (2011), quant à lui, mentionne que les « pathologies de l'alimentation sont universellement référées à un trouble grave de la relation avec la mère » (Huet, 2011 : 1). Cette conception semble aller dans le même sens que les propos des participantes. En fait, certaines ciblent directement la relation particulière que leur proche qui souffre d'anorexie mentale entretient avec leur mère en spécifiant qu'elle est problématique. Elles voient les mères comme « trop fusionnelles » ou encore comme distantes et peu réconfortantes. Dans la littérature, la dynamique relationnelle entre la mère et la fille est caractérisée par le fait que la mère entretient des fantasmes et des aspirations pour sa fille qui lui sont propres (Onnis, 2000). Ainsi, la jeune fille n'est pas capable de se créer une identité propre. Le problème d'anorexie mentale constitue donc un moyen de se différencier de la mère.

La dynamique relationnelle avec la mère est fortement soulevée par les participantes, mais qu'en est-il du père ? Joue-t-il un rôle dans le développement du problème d'anorexie mentale ? En fait, certaines participantes mentionnent que le père de leur proche souffrant d'anorexie mentale est peu impliqué dans le problème et souvent mis à l'écart, ce qui est cohérent avec le discours des auteurs qui relèvent l'absence du père et son désengagement à l'égard du problème (Bruch, 1979; Vialettes, 2001;

Pommereau et de Tonnac, 2007). D'autres participantes n'en parlent tout simplement pas. La vision qui émerge des propos des participantes ne peut donc être considérée comme systémique, car elle ne tient pas compte des relations père-fille.

Les participantes semblent attribuer une responsabilité particulière à la mère, la ciblant à l'origine du développement du problème d'anorexie mentale chez un des membres de la famille. Cette prise de position, davantage familialiste, ne s'inscrit pas dans une perspective féministe tel qu'évoquée dans le cadre théorique. On peut se questionner sur la responsabilité attribuée aux familles considérant que les valeurs et les attentes véhiculées au sein de la famille sont influencées par ce qui circule dans la société. En fait, les familles sont quant à elles influencées par les valeurs qui circulent dans la société.

Par ailleurs, quelques participantes se situent dans une perspective socioculturelle. Leurs propos nous plongent au cœur de l'idéologie de la société nord-américaine en lien avec les valeurs liées au capitalisme et à l'individualisme. Ces personnes évoquent que les messages divulgués dans les médias incitent à la consommation et à une quête toujours plus grande de performance sur le plan corporel. On fait miroiter l'idée que le produit ou l'image projetée pourra permettre à une personne d'atteindre son idéal (Gordon, 1992). Les participantes déplorent le fait que l'industrie de la mode, des régimes, etc. utilise le rêve dans un objectif de vente, de profits et de rentabilité au détriment de la santé mentale des jeunes femmes. En fait, ces industries transmettent comme message que la réussite et le succès sont déterminés par l'atteinte des attentes culturelles et ce, à n'importe quel prix (Bruch, 1979). Tout comme Guillemot et Laxenaire (1997), les répondantes soutiennent qu'une faible adhérence à ces attentes engendre une forte culpabilité chez les personnes qui ne s'y conforment pas. Le phénomène de l'anorexie mentale dans la société n'est donc pas surprenant, considérant l'idéologie de la minceur et de la performance qui est véhiculée.

Les participantes rapportent que la société aurait une part de responsabilité dans l'apparition du phénomène. Quelques répondantes évoquent l'influence des médias (perspective socioculturelle) comme source du problème, alors que la majorité considère qu'elle agirait en second plan, c'est-à-dire que les médias ne feraient qu'accentuer la vulnérabilité présente chez une personne. En fait, pour les répondantes, la perspective psychologique et familiale seraient à la base de la conception du problème de l'anorexie mentale. Les participantes soutiennent cette idée en mentionnant que l'ensemble des individus dans une société ne présente pas un problème d'anorexie mentale alors que tous sont soumis à l'influence des médias qui prônent une idéologie de la minceur et de la performance. Boutillier (2012) affirme que « les stéréotypes sociaux peuvent nourrir le perfectionnisme déjà latent d'une personne », ce qui rejoint la pensée de plusieurs auteurs qui mentionnent ne pas remettre en question l'influence de la mode et des pressions médiatiques, mais qui n'en font pas le facteur déclencheur du problème (Arnoult, 2009). Cette affirmation vient appuyer les propos des répondantes voulant que l'influence des médias, soit la perspective socioculturelle tel qu'évoquée dans le cadre théorique, joue un rôle secondaire, tout de même important, dans l'apparition du phénomène.

Finalement, bien que les répondantes abordent diverses perspectives pour expliquer leur compréhension du phénomène, soit les perspectives psychologique, familiale et socioculturelle, elles ne situent pas le problème d'anorexie mentale dans une optique de la complexité, car les diverses perspectives sont abordées de manière cloisonnée. On constate également que les participantes n'abordent pas de manière explicite la perspective biomédicale et la perspective féministe en ce qui a trait à leur conception du problème de l'anorexie mentale. La perspective biomédicale, telle que nous le verrons ultérieurement est mise de l'avant par les participantes lorsqu'elles traitent des pistes d'actions et des traitements offerts dans le domaine des troubles alimentaires. Pour l'ensemble des participantes, le problème est complexe et multidimensionnel, c'est-à-dire que plusieurs éléments ou événements seraient en

cause. Elles mentionnent que chaque facteur doit être pris en considération pour comprendre et résorber le problème chez une personne. Par contre, ce constat ne s'inscrit pas tout à fait dans l'optique de la complexité élaborée par Onnis (2000) qui reconnaît également l'existence de plusieurs facteurs présents dans le problème d'anorexie mentale, mais ajoute que cette optique s'appuie sur les bases de l'approche systémique prônant l'existence d'une interinfluence et d'une corrélation circulaire entre les facteurs d'ordre socioculturel, familial et individuel. Dans le cas des participantes de l'étude, leurs propos ne sont pas empreints de cette interinfluence, puisqu'elles présentent leurs perspectives de manière cloisonnée. En effet, les diverses perspectives sont présentées en silo plutôt que de manière intégrée. Bien qu'elles ne s'inscrivent pas complètement dans la perspective de complexité d'Onnis (2000, 2013), les participantes reconnaissaient le problème comme étant complexe et multidimensionnel.

Le but de notre recherche était, d'une part, de connaître la perception des participantes quant à leur expérience avec le problème d'anorexie mentale de leur proche et, d'autre part, de connaître leur perception du phénomène en général. À travers les propos de certaines personnes, on note la présence de similitudes entre leur conception de l'anorexie mentale du point de vue de leur expérience personnelle et celle du problème en général. Dans les faits, certaines personnes se servent de leur expérience personnelle pour décrire leur perception de l'apparition du phénomène dans la société. Plusieurs des proches rencontrés ont eu de la difficulté à exprimer leur perception du problème en général, considérant ne pas être en mesure de généraliser à partir d'une seule situation. D'autres ont mentionné qu'elles se fiaient à leur amie souffrant d'anorexie mentale pour comprendre le phénomène. À la lumière de ces constats, on remarque que les raisons pouvant mener au développement d'un problème d'anorexie mentale chez une proche sont plus pointue et plus nombreuses que leur conception générale du phénomène, qui s'avère être moins définie et plutôt floue. De plus, on observe que le niveau de connaissance du problème chez les

répondantes a une influence sur la manière dont elles perçoivent le phénomène de l'anorexie mentale. Concrètement, on constate que les participantes qui détiennent une connaissance préalable ou plus approfondie du phénomène sont davantage en mesure d'élaborer sur les raisons pouvant mener au développement d'un problème d'anorexie mentale. Quant aux autres, leur manque de connaissances leur occasionne une plus grande difficulté à entrevoir les avenues possibles au phénomène, outre celles relatées dans leur expérience significative avec le problème.

Dans cette section, nous avons livré la perception des participantes en ce qui a trait au développement du problème de l'anorexie mentale, en lien avec les différentes perspectives que l'on retrouve dans la littérature. Il serait intéressant d'établir des liens entre les propos des participantes en ce qui a trait à l'aide offerte et ce qui a été avancé dans la littérature à ce sujet. On constate que les participantes font allusion à la perspective biomédicale telle que décrite dans le cadre théorique lorsqu'il est question du traitement ou de l'aide offerte à une personne présentant un problème d'anorexie mentale. Dans la littérature, on recense plusieurs approches d'aide, de plus en plus construites sur une vision biopsychosociale : la psychothérapie, l'approche familiale, l'approche cognitivo-comportementale, etc. Cette vision laisse entrevoir l'utilisation d'une approche multidimensionnelle pour intervenir auprès des personnes présentant un problème d'anorexie mentale, mais en est-il véritablement ainsi ? La perspective biomédicale, répertoriée dans la littérature comme omniprésente dans le traitement de l'anorexie mentale, domine-t-elle toujours le champ de l'intervention ?

5.2 Les limites de l'intervention offertes aux personnes présentant un problème d'anorexie mentale

Dans le cadre des entretiens, les participantes ont été invitées à réfléchir aux interventions actuelles et à celles qu'elles jugeraient bénéfiques pour les personnes

présentant un problème d'anorexie mentale et leurs proches. Cette réflexion soulève des enjeux fort intéressants.

Tout d'abord, chez l'ensemble des participantes, il ressort qu'une aide professionnelle ou extérieure est nécessaire pour aider une personne qui présente un problème d'anorexie mentale, ce qui rejoint bien les propos de Bruch (1979), Cook-Darzens *et al.* (2005) et Wilkins (2012). En regard de leur expérience personnelle, les répondantes se questionnent sur la nature des services offerts et ce, tant au niveau de l'efficacité, de la pertinence que des modalités d'intervention utilisées avec des personnes souffrant d'anorexie mentale. Dans un premier temps, certaines affirment que la nature des interventions et des services que leur proche ont reçus n'ont pas été bénéfiques. Ce qui les amène à se demander si les « traitements » (approches utilisées et modalités d'hospitalisation) sont adéquats et bénéfiques dans le contexte du trouble de comportement alimentaire. À ce sujet, de nombreux auteurs soutiennent que les interventions dans le cas de l'anorexie mentale sont de plus en plus faites dans le cadre d'une approche biopsychosociale afin de se coller à une intervention qui tienne compte de l'ensemble des facteurs, donc de son caractère complexe (Cook-Darzens *et al.*, 2005). Cette approche appuie les tenants de l'optique de la complexité, voulant que l'ensemble des facteurs impliqués dans le développement de l'anorexie mentale soit pris en compte par plusieurs disciplines professionnelles. Se faisant, le problème est abordé sous tous ces angles, tout en veillant à une cohésion, à une collaboration et à une continuité dans les services offerts aux personnes présentant un problème d'anorexie mentale. Cependant, cette approche ne concorde pas avec l'expérience de la majorité des répondantes qui affirment que l'intervention avec leur proche souffrant d'anorexie mentale ne tenait pas compte du problème d'anorexie mentale dans sa globalité. En fait, la plupart du temps, elles rapportent que l'intervention était orientée vers un seul facteur, souvent les symptômes physiques. Mais qu'en est-il vraiment sur le terrain ? Comment se fait-il que malgré le fait que l'approche

biopsychosociale soit privilégiée dans la littérature, il semble que peu de personnes souffrant d'anorexie mentale ont eu droit à de tels services?

Dans un deuxième temps, les participantes se questionnent à savoir si, dans l'intervention, les besoins des personnes sont entendus, car plusieurs évoquent que dans le cas de leur proche, l'aide reçue ne correspondait pas à leurs besoins. En fait, elles soutiennent que dans plusieurs situations, l'intervention avait pour objectif la reprise de poids et lorsque le poids souhaité était atteint, il y avait une diminution des services reçus. Pour plusieurs participantes, cette conception des soins semble ne pas tenir compte de tous les éléments en cause lorsqu'il est question d'un problème d'anorexie mentale. Il ne faut pas oublier que, depuis longtemps, les traitements en matière d'anorexie mentale ont été fondés et soutenus par un cadre médical, ce qui peut orienter les interventions sur les problèmes physiques. Ainsi, telle qu'énoncée précédemment, la perspective biomédicale est soulevée chez les participantes dans un contexte d'aide et de soins offerts. Les interventions que les répondantes soulèvent, pour résorber le problème, s'avèrent être de nature médicale ce qui concorde avec la description de la perspective biomédicale retrouvée dans le cadre théorique. On pourrait aussi se questionner à savoir pourquoi les services sont basés sur une approche biomédicale dans le traitement de l'anorexie mentale alors que cette perspective est peu évoquée dans la conception du problème chez nos participantes, tout comme chez les auteurs. Ne nous attardons-nous pas sur les aspects apparents du problème au lieu de toucher le vrai problème ? Comment expliquer un tel écart?

Dans le cadre des entretiens, quelques participantes ont soulevé que leur proche souffrant d'anorexie mentale aurait expérimenté l'intervention de groupe. Certaines auraient participé à des interventions de groupe à l'externe, alors que d'autres les auraient vécues à l'interne, dans le cadre d'une hospitalisation. L'apport de l'intervention de groupe pour les personnes présentant un problème d'anorexie mentale est questionné par certaines répondantes. Elles émettent l'idée que le groupe

ne serait pas une avenue d'intervention bénéfique dans le traitement de l'anorexie mentale. En effet, elles mentionnent que la présence des autres personnes ayant le même problème induirait une compétition entre les jeunes filles. Les participantes évoquent que l'intervention de groupe alimenterait le problème et affirment que dans le cas de leur proche, certaines ont utilisé le groupe pour minimiser leur problème d'anorexie mentale, alors que d'autres l'ont utilisé comme source inépuisable de moyens pour s'enliser encore davantage dans leur anorexie et, enfin, pour certaines, le groupe a été une source de défi pour se prouver à elles-mêmes qu'elles peuvent être pires que les autres. Cet esprit de compétition est basé sur le besoin de comparaison (Butera *et al.*, 2006). En fait, se comparer est quelque chose de naturel chez l'être humain, mais lorsque cette comparaison guide nos pensées et détermine nos actions dans des voies dommageables, la situation devient alors problématique. On pourrait donc penser que chez les personnes présentant un problème d'anorexie mentale, chaque élément de comparaison devient une invitation à se surpasser dans la problématique. Le groupe est un puissant levier collectif, il n'est pas rare que celui-ci prenne le dessus sur les idéaux individuels. Cela crée une cohésion au sein du groupe qui semble, pour les participantes, malsaine et non aidante dans le contexte de trouble du comportement alimentaire.

Les questionnements quant à l'apport du groupe dans l'intervention auprès des personnes qui souffrent d'anorexie mentale nous amènent également à réfléchir sur les balises d'intervention dans le contexte d'une hospitalisation. L'esprit de compétition lors d'un séjour en milieu hospitalier s'avère être un problème pour certaines participantes, considérant que les centres hospitaliers spécialisés dans le traitement des troubles alimentaires sont conçus en unité de soins. Concrètement, cela signifie que les jeunes filles sont hospitalisées avec d'autres personnes qui présentent le même type de problème, autrement dit, elles cohabitent (Yon *et al.*, 2009).

Malgré le fait que certaines participantes ne perçoivent pas le groupe comme bénéfique, il n'en demeure pas moins qu'elles y reconnaissent certains bienfaits dans d'autres contextes. Plusieurs auteurs, dont Cook-Darzens *et al.* (2005) et Yon *et al.* (2009), ont reconnu les bienfaits du groupe pour divers problèmes individuels et sociaux, tels que l'entraide, la solidarité, la reconnaissance, la compréhension et le soutien. Ces bienfaits sont également considérés comme favorables dans l'approche avec des personnes présentant un problème d'anorexie mentale. L'interprétation qu'ont les répondantes de l'intervention de groupe avec une personne présentant un problème d'anorexie mentale est liée à leur expérience personnelle à titre de proche. Dans ce contexte, il apparaît judicieux d'apporter une nuance quant à l'interprétation que certaines répondantes en font, considérant que leur expérience personnelle singulière ne peut être généralisée à grande échelle. Dans cet ordre d'idées, on pourrait se questionner à savoir si l'intervention de groupe serait davantage constructive à un stade plus avancé du cheminement clinique ou de sa résolution, soit lorsqu'un certain processus est enclenché, ce qui pourrait peut-être diminuer les risques qu'une compétition s'installe entre les membres du groupe.

Par ailleurs, les participantes rencontrées soulèvent l'idée que le problème d'anorexie mentale est important dans la vie de leur proche anorexique. Plusieurs soutiennent que leur proche tient à leur anorexie mentale et certaines vont même jusqu'à se présenter comme une « anorexique ». Les participantes constatent que lorsqu'il est question d'aller chercher de l'aide les proches sont réfractaires, puisqu'elles ne veulent pas se départir de leur anorexie mentale. Cette résistance à recevoir de l'aide est en fait une résistance au changement. Certains auteurs parlent de la construction de l'identité des personnes présentant un problème d'anorexie mentale (Bruch, 1979; Onnis, 1991; Vialettes, 2001; Wilkins, 2012). Elles se sont forgées une identité d'« anorexique » et considèrent l'anorexie mentale comme une caractéristique importante de leur identité (Ducceschi, 2009). Leur enlever cette étiquette, c'est les départir de leur identité (Onnis, 1991, 2000). En effet, cette notion d'identité nous

ramène au cœur de la perspective psychologique et familiale, ciblant la quête d'une identité propre chez ces jeunes filles comme un ardent besoin d'identification et d'autonomie. Pour ces auteurs, tout comme pour certaines des répondantes de l'étude, la dépersonnalisation du problème est importante pour que la personne puisse se voir autrement que comme une anorexique et ce, en s'attribuant d'autres traits.

La littérature recensée nous rappelle que la question identitaire ne semble pas être un aspect négligeable dans la résolution d'un problème d'anorexie mentale ce qui va dans le même sens que les participantes qui constatent que recourir à de l'aide est difficile pour ces jeunes filles, considérant qu'elles ne veulent pas perdre ce à quoi elles s'identifient.

Finalement, les participantes évoquent que l'engagement de leur proche dans un service d'aide n'est pas significatif. L'ensemble des participantes rencontrées mentionnent qu'à un moment donné leur proche a cessé son suivi. Dans cette optique, qu'est-ce qui fait que les personnes abandonnent leur suivi en cours de route ? Les interventions répondent-elles à leurs besoins ? À leurs attentes ? Travaille-t-on vraiment ce que veulent modifier les personnes présentant un problème d'anorexie mentale ou les intervenants ciblent-ils les besoins à leur place ? Est-ce que les personnes anorexiques craignent de perdre leur problème ?

Quelques éléments de réponse ressortent des propos des participantes. Premièrement, la qualité de la relation thérapeutique semble essentielle dans la réussite d'une démarche d'aide pour les participantes que nous avons rencontrées. Ducceschi (2005) et Brillon (2011) abondent dans le même sens. Ils sont unanimes pour dire que le choix du thérapeute est important, voire essentiel. Ils mentionnent que la personne qui souffre d'anorexie mentale doit se sentir à l'aise et avoir accès à des échanges authentiques. Pour la psychothérapeute, Sophia Ducceschi, « la confiance est le ciment de la construction du lien thérapeutique » (Ducceschi, 2005 : 1). Toutefois, selon les répondantes, cet élément semblerait déficient pour leur proche dans leur

expérience d'aide. De plus, les participantes ont rappelé que souvent leur proche aurait trouvé que les services en anorexie mentale ne répondaient pas à leurs besoins, car ils ne permettaient pas de verbaliser sans restriction de temps ou de travailler sur des moments précis de leur vie qu'elles considèrent être à la source de leur problème. Quant aux auteurs, ils estiment que l'espace de parole, l'exposition des attentes et des besoins ainsi que les craintes et les questionnements doivent être présents, car ce sont des éléments indispensables pour le succès d'un suivi. Pour Ducceschi (2005), ces éléments permettent à l'intervenant d'« adapter ses méthodes de travail aux désirs du consultant afin d'envisager efficacement les fondements de la psychothérapie » (2005 : 1). Autrement dit, l'intervention doit être envisagée selon les besoins de la personne aidée et non selon les besoins que l'intervenant entrevoit (Brillon, 2011).

Les participantes disent que « la volonté à recevoir de l'aide » constitue un enjeu important dans l'intervention auprès des personnes présentant un problème d'anorexie mentale. La plupart des répondantes pensent que leur proche a débuté un suivi contre son gré ou alors qu'elle n'était pas suffisamment prête à s'engager dans une démarche d'aide. Elles pensent que si une personne décide d'elle-même d'avoir accès à de l'aide, cette décision aura une influence sur l'adhésion et la poursuite du suivi. L'importance du volontariat est fortement évoquée dans la littérature. Ducceschi (2005) croit que l'engagement dans un service d'aide ne doit pas être fait pour faire plaisir à quelqu'un et encore moins dans un contexte d'influence ou sous la contrainte d'autrui. Au contraire, selon elle, il doit se traduire par une motivation personnelle, car une démarche d'aide demande du temps, de l'énergie et de l'argent, et ce, si l'aide se déroule en bureau privé et que seule la personne peut répondre aux exigences. Pour les participantes, la volonté d'une personne à recevoir de l'aide augmente les chances de succès de l'aide reçue.

Enfin, la présence de ces lacunes dans l'intervention explique-t-elle, à elles seules, qu'une personne abandonne son suivi ? Les participantes semblent croire que d'autres

éléments pourraient influencer l'arrêt d'un suivi, mais que les lacunes ci-haut mentionnées nuisent indéniablement à la poursuite d'un suivi. Leur présence peut engendrer la perte de confiance d'une personne envers les services d'aide. Voyant les interventions précédentes comme des échecs, la personne anorexique peut avoir de la difficulté à se réinvestir dans sa recherche d'aide.

5.3 Les enjeux relatifs aux pistes d'actions envisagées

Dans cette section, nous allons nous centrer sur les propos des participantes quant aux enjeux pour la mise en pratique des actions sur le terrain et des pistes d'action concernant la modification de l'idéologie de la minceur et de la performance ainsi que pour la sensibilisation auprès des personnes souffrant d'anorexie mentale et de leurs proches.

Premièrement, les propos des répondantes font ressortir que l'idéologie de la minceur et de la performance dans la société est néfaste et qu'elle contribue au développement et au maintien du problème d'anorexie mentale chez une personne. Elles reconnaissent que la modification de ces valeurs s'avère être une piste d'action ambitieuse et complexe. Certaines ont mentionné qu'il serait irréaliste de penser qu'un seul individu peut avoir un impact sur la structure de la société, considérant que les décisions se prennent à des niveaux supérieurs de la hiérarchie. Cependant, quelques-unes estiment que la solidarité collective est une force capable d'insuffler un changement. À de nombreuses reprises dans l'histoire, les actions collectives ont démontré qu'une conscience collective suffisamment engagée peut contrer un problème. Ainsi, on peut se demander si, par des actions simples et concrètes, il est possible d'ébranler les structures et de remodeler l'idéologie de la beauté et de la performance dans la société. Pour certaines des participantes rencontrées, la mobilisation de plusieurs individus vers un objectif commun est possible, mais la

présence de difficultés est à envisager, considérant le risque que peu de gens adhèrent aux changements sociétaux proposés.

La sensibilisation, comme piste d'action, nous amène au deuxième enjeu, soit celui que la sensibilisation est un élément essentiel à envisager pour contrer ce phénomène. Les répondantes mentionnent à cet effet que cette sensibilisation auprès des personnes présentant un problème d'anorexie mentale et de leurs proches doit inévitablement passer par l'éducation. Autrement dit, elles croient que sensibiliser la population en donnant de l'information sur le problème de l'anorexie mentale est important. Certaines soulignent cependant la complexité que peut représenter cette tâche. Le choix du vocabulaire est important, car les mots peuvent être interprétés de différentes façons d'un individu à l'autre. Cette interprétation peut ainsi constituer un obstacle au message que nous souhaitons véhiculer dans la société. Dans cette perspective, il faut éviter que ce problème soit perçu comme « populaire » ou attractif, comme ce fut le cas dans le passé lorsqu'on le désignait comme le « trouble des années 1980 » et qu'il était associé à du chic et au romantisme (Gordon, 1992). Pour éviter cet écueil, il apparaît important, selon certaines répondantes, de faire voir les répercussions négatives que peut engendrer l'anorexie mentale chez une personne.

De plus, certaines participantes disent que l'information livrée sur l'anorexie mentale n'est pas complète, ni juste. Autrement dit, la manière dont le problème est présenté ne concorde pas avec la réalité de l'expérience qu'elles ont du problème. D'autres disent trouver que l'information transmise ne permet pas à l'entourage de bien se préparer à ce qui les attend. Alors, quelles informations doit-on transmettre au public ? Cette question semble complexe, car les particularités du problème d'anorexie mentale sont différentes d'une personne à l'autre en raison de la gravité du problème. Les répondantes s'expriment dans ce sens, en affirmant que l'information véhiculée représente une réalité qui est soit moins pire ou pire que ce qu'elles constatent chez leur proche. Cette observation est validée par de nombreux auteurs

qui reconnaissent que plusieurs personnes voient leur vie bouleversée par des préoccupations négatives de leur image corporelle, sans nécessairement avoir des comportements sévères ou un diagnostic précis d'anorexie mentale (Buckroyd, 2000; Pomerleau, 2001; Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011; Wilkins, 2012). Les répondantes soutiennent que la sensibilisation ne doit pas être uniquement dirigée vers le problème d'anorexie mentale sévère, mais vers toutes les formes de préoccupations corporelles. Bien qu'elles soient d'accord avec cette affirmation, il reste que pour certaines sensibiliser la population au problème de l'anorexie mentale est un défi, en raison des différentes formes pouvant être présentes chez une personne.

5.4 L'accompagnement d'une personne qui souffre d'anorexie mentale : une démarche complexe

Les participantes ont soulevé la complexité que représentait l'accompagnement d'une personne souffrant d'anorexie mentale. Pour elles, côtoyer une personne qui présente un tel problème n'est pas simple, au contraire, c'est tout aussi complexe que le problème en soi. Pour plusieurs, cela relève du défi et entraîne une angoisse perpétuelle. Elles expliquent que parler avec leur proche est un défi, car chacune de leurs paroles doit être minutieusement choisie, considérant qu'« on ne sait jamais si ce que l'on fait ou dit c'est correct » (Anaïs). Les proches ont ainsi l'impression de constamment marcher sur des œufs. Quelques répondantes évoquent que malgré toutes les précautions prises, une certaine angoisse persiste, la personne pouvant facilement déformer leurs propos. Bruch (1979) et Brusset (1998) confirment cette distorsion des propos chez les personnes présentant un problème d'anorexie mentale qui, en les interprétant, peuvent déformer les messages. Par ailleurs, les participantes rencontrées mentionnent qu'elles se sentent parfois coupables de l'interprétation que font leurs proches de leur message.

Les difficultés reliées à l'accompagnement ne s'inscrivent pas seulement dans le quotidien. Elles se présentent également dans la manière dont les participantes comprennent le problème d'anorexie mentale de leur proche. L'ensemble des participantes a évoqué que malgré l'expérience, leur compréhension du phénomène est difficile et partielle, principalement à cause de sa complexité. Pour certaines, ces difficultés ont eu un impact sur leur relation. Toutes ont mentionné que l'incompréhension des comportements de leur proche a généré de fortes émotions, telles que la colère, la frustration, la tristesse et l'inquiétude. Dans certains cas, certaines ont dû prendre une distance par rapport à la personne, car c'était devenu trop difficile à vivre. D'autres ont fait le choix de rompre, dans le but de se protéger. Cette possibilité de rupture entre une personne présentant un problème d'anorexie mentale et son entourage peut survenir, soit en raison de l'isolement de la personne ou de la difficulté de son entourage à la soutenir. Le risque de rupture est préoccupant, car l'entourage est reconnu par les auteurs comme étant un soutien non négligeable dans la vie d'une personne, particulièrement en ce qui a trait à l'amélioration des comportements d'une personne qui souffre d'anorexie mentale (Cook-Darzens, 2012).

Par ailleurs, certains auteurs ainsi que les répondantes constatent que l'entourage détient très peu d'informations et d'outils pour agir adéquatement auprès de ces personnes. Ce manque d'informations crée chez les proches rencontrés un inconfort et beaucoup d'incertitude quant à la manière d'affronter le problème.

De plus, il ressort des propos des participantes que côtoyer une personne présentant un problème d'anorexie mentale peut être confrontant à plusieurs égards. Il semble que pour plusieurs répondantes ce serait dérangent par rapport à la conception qu'elles ont d'elles-mêmes. Les participantes se réfèrent à leur image de soi ou à leur besoin de comprendre ou d'exprimer leur incompréhension du problème. L'accompagnement d'une personne souffrant d'anorexie mentale devient alors

confrontant pour le proche, car des comparaisons, telles que « si mon amie est grosse alors moi je suis obèse », sont présentes. Enfin, l'incompréhension que le proche se fait des comportements et attitudes de la personne qui souffre d'anorexie mentale semble liée à sa perception de soi. Ceci étant dit, on pourrait se demander si l'accompagnement d'une personne présentant un problème d'anorexie mentale peut entraîner des préoccupations corporelles ou modifier l'image de soi d'un proche dans sa façon de se percevoir.

En terminant, ce chapitre a exposé les idées fortes et les questionnements issus des propos des participantes au cours des entretiens, tout en faisant des liens avec ce qui a été soulevé au préalable dans la littérature.

CONCLUSION

Cette recherche, portant sur la manière dont un proche d'une personne présentant un problème d'anorexie mentale comprend ce phénomène, nous a permis de répondre à nos objectifs de départ. À l'aide d'entretiens semi-dirigés, nous avons permis aux proches de s'exprimer sur leur expérience avec le problème. Nous avons également exploré leur point de vue sur leur compréhension de l'anorexie mentale. De plus, une réflexion sur les pistes d'action pouvant aider les personnes qui souffrent d'anorexie mentale et leurs proches a été élaborée.

Afin de déterminer quelle était la compréhension du phénomène par les participantes, nous avons procédé en deux temps. Le premier consistait à connaître l'expérience personnelle des participantes avec le problème et, le second, sur le phénomène en général. Nous avons été à même de constater que leur perception de l'apparition du problème d'anorexie mentale était similaire et aussi que leur expérience personnelle teinte leur manière de concevoir le phénomène en général. En fait, nous avons réalisé que leur perception du phénomène chez leur proche était assez précise, alors que lorsqu'on leur demandait d'expliquer leur conception du phénomène, elles faisaient référence à leur expérience ou avaient tendance à rester vagues dans leurs propos.

L'analyse des résultats s'est avérée être d'une grande richesse au niveau du contenu. L'approfondissement des idées centrales de la recherche nous a mené à élargir notre vision et à faire émerger des questionnements pertinents pour l'avancement des connaissances sur le problème de l'anorexie mentale.

Tout en mettant en lumière l'expérience des huit répondantes sur le problème d'anorexie mentale, force est de constater que leurs témoignages sont convergents. Elles partagent plusieurs éléments communs dans leur histoire, situant leur

compréhension du problème davantage dans une perspective psychologique, familiale et socioculturelle. La dynamique relationnelle particulière de ces familles, plus spécifiquement en ce qui a trait à la relation avec la mère, est un élément important dans l'explication des participantes. L'influence des médias serait aussi présente dans la conception du phénomène, du fait que l'idéologie de la minceur et de la performance contribuerait à l'apparition du problème. L'ensemble des participantes a reconnu la nature complexe de l'anorexie mentale, sans toutefois la comprendre dans l'optique de la complexité d'Onnis (2000). Par ailleurs, elles relient très peu le problème d'anorexie mentale aux hommes, mais on observe en même temps qu'elles n'adoptent pas une perspective féministe.

La complexité du phénomène et l'unicité de chaque personne dans son rapport au problème rendent difficile de tracer un cadre d'intervention ou un mode d'emploi précis pour ce type de problématique. Cependant, comme à leurs yeux l'intervention professionnelle est importante dans un contexte de trouble alimentaire, il nous apparaît essentiel que les éléments à la base de la relation d'aide soient présents, surtout dans le cadre de toutes les démarches de services d'aide, pour favoriser la réussite.

Une évolution dans la perception des participantes suite à leur expérience avec le phénomène de l'anorexie mentale a aussi été constatée. Les participantes semblent avoir pris conscience de l'omniprésence du problème dans la société, des perturbations quotidiennes pour la personne et des changements que cela pouvait occasionner chez une personne souffrant d'anorexie mentale et son entourage.

Notre analyse révèle des difficultés liées à leur expérience en tant que proche. Il ressort que l'accompagnement d'une personne présentant un problème d'anorexie mentale constitue une démarche fort complexe. Elles manifestent toutes un ardent désir de comprendre la situation de leur proche et de les accompagner, mais elles craignent fréquemment de commettre des erreurs. En fait, on constate que les

participantes elles-mêmes montrent le besoin d'avoir recours à de l'aide et du soutien pour pouvoir mieux accompagner leur proche.

Comme mentionné en introduction, les huit personnes rencontrées sont toutes de sexe féminin. Nous aurions souhaité rencontrer quelques hommes, mais il a été très difficile de les rejoindre. Nous pensons qu'une recherche ultérieure pourrait s'intéresser plus particulièrement à la gente masculine. L'étude sur leur compréhension du problème de l'anorexie mentale pourrait, certes, apporter un nouvel éclairage. Il serait également intéressant de comprendre les différences dans les perceptions des hommes et des femmes et de savoir à quoi cela est attribuable. Par ailleurs, un autre élément attire notre curiosité. Au fil de cette étude, l'ensemble des participantes nous ont exposé leur expérience significative avec le phénomène de l'anorexie mentale en nous parlant de la personne présentant un problème d'anorexie mentale. En fait, toutes nous ont parlé d'une fille. Dans le cadre de cette recherche, nous avons observé qu'on ne parle que très peu des hommes qui souffrent d'anorexie mentale. Seulement deux participantes ont souligné que les hommes pouvaient aussi souffrir d'anorexie mentale, malgré l'attribution du mot « personne » dans l'entretien. La figure masculine de l'anorexie mentale nous apparaît préoccupante, car, pour Wilkins (2012), malgré la rareté du problème chez l'homme, celui-ci s'avère être tout aussi dangereux du fait qu'il s'exprime sensiblement de la même manière et engendre les mêmes répercussions (Chambry et Agman, 2006). Donc, à notre avis, dans le cadre d'une recherche future, il serait important d'élargir les connaissances sur l'anorexie mentale chez l'homme afin de sensibiliser la population à ce problème et ainsi favoriser le dépistage.

Enfin, il semble important de noter que le choix d'un nombre restreint de participantes peut constituer une limite importante de la recherche. Par conséquent, compte tenu de la méthode de sélection, il paraît évident que cette étude ne permet pas une transférabilité à l'ensemble des proches d'une personne présentant un

problème d'anorexie mentale. Nous croyons cependant qu'elle permettra de faire des recherches plus poussées sur la compréhension des proches du problème de l'anorexie mentale.

La richesse de l'étude et des questionnements qu'elle soulève pour l'intervention a fait évoluer notre pratique clinique en travail social. Elle nous a permis de prendre en compte l'importance de l'entourage et de mieux saisir leur compréhension du problème en vue d'améliorer les services à leur disposition et également pour la personne présentant un problème d'anorexie mentale.

Il semble important de souligner que toutes les participantes reconnaissent la nécessité de repenser les pratiques d'intervention. En effet, elles ont évoqué l'importance que les services répondent aux besoins de la personne qui souffre d'anorexie mentale. Mais qu'en est-il des besoins des proches ? Elles mentionnent, entre autres, le besoin d'être informées sur le problème, car elles se sentent démunies. L'intervention d'un professionnel, qu'il soit travailleur social ou autre, aurait pu être aidante pour le proche, à certains moments de son expérience avec la personne souffrant d'anorexie mentale. Nous pensons que le soutien offert à l'entourage pourrait faciliter leur compréhension du problème de leur proche qui présente un problème d'anorexie mentale et ainsi être en mesure de mieux les accompagner.

Pour terminer, nous sommes convaincue de l'importance d'intervenir auprès des personnes présentant un problème d'anorexie mentale, mais nous croyons que l'intervention doit se faire également auprès de l'entourage, considérant que cette problématique peut avoir différents impacts sur la relation entre la personne qui souffre d'anorexie mentale et le proche.

APPENDICE A

PUBLICITÉ ET LETTRE DESTINÉE À LA CLIENTÈLE POUR LE
RECRUTEMENT**Recherche
sur l'anorexie**

Vous connaissez et côtoyez quelqu'un dans votre entourage qui présente un problème d'anorexie ?

Vous êtes âgés entre 18 et 30 ans ?

Si la réponse aux deux questions est oui, vous êtes invité à participer à une étude visant à connaître votre point de vue sur le problème de l'anorexie.

**Avantages reliés à la participation :**

- partager votre point de vue sur le problème,
- développer votre propre réflexion sur le sujet,
- améliorer les pistes d'actions pour ces personnes et leur entourage.

★ Votre contribution consiste à une rencontre individuelle d'une durée d'une heure et demie. Les rencontres seront menées à l'UQÀM, dans l'organisme fréquenté ou dans un autre endroit de votre choix avec l'accord de l'étudiante-chercheuse.



Si vous souhaitez plus d'information, contactez :

Élisabeth Grégoire-Majeau

Par téléphone : 514-214-0116 ou par courriel :

gregoire-majeau.elisabeth@courrier.uqam.ca

Objet : Projet de recherche sur l'anorexie

Madame, Monsieur,

Je me présente mon nom est Élisabeth Grégoire-Majeau et je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Je m'intéresse dans le cadre de mon projet de maîtrise aux troubles alimentaires, une problématique qui me tient beaucoup à cœur.

Je suis à la recherche de participants pour prendre part à mon projet de recherche. Celui-ci vise à comprendre le phénomène de l'anorexie du point de vue de jeunes adultes confrontés à ce problème dans leur entourage.

Vous connaissez et côtoyez quelqu'un dans votre entourage qui présente un problème d'anorexie et vous êtes âgés entre 18 et 30 ans ?

Ou vous connaissez quelqu'un correspondant à ce profil ?

Si la réponse est oui à ces questions, vous êtes invité à participer à une étude visant à connaître votre point de vue sur le problème de l'anorexie. Votre participation vous permettra de partager votre point de vue sur le problème, de développer votre propre réflexion sur le sujet et d'améliorer les pistes d'actions pour ces personnes et leur entourage.

Votre contribution consiste à une rencontre individuelle d'une durée d'environ une heure et demie. Les rencontres seront menées à l'UQÀM, dans l'organisme fréquenté ou dans un autre endroit de votre choix avec l'accord de l'étudiante-chercheure.

Votre participation est entièrement volontaire. Les renseignements recueillis sont anonymes et confidentiels. En aucun cas, il ne sera possible de vous identifier.

Si cela vous intéresse ou que vous désirez plus d'information, n'hésitez pas à me contacter :

Par téléphone : 514-214-0116 ou par courriel : gregoire-majeau.elisabeth@courrier.uqam.ca

Merci beaucoup et au plaisir.

Élisabeth Grégoire-Majeau
Étudiante-chercheure à l'UQÀM

APPENDICE B

GUIDE D'ENTRETIEN

Entrée en matière : Prise de parole par l'étudiante-chercheure

- Présentation des consignes du déroulement (durée de l'entretien, etc.)
- Rappeler le but de la recherche/objectif de la rencontre
- Aborder les préoccupations éthiques : l'aspect de l'anonymat et de la confidentialité, de l'enregistrement et de la possibilité du participant de se retirer à tout moment durant le processus de recherche.
- Répondre aux questions du participant le cas échéant.

Principaux thèmes qui seront abordés :

- 1) L'expérience personnelle des participants avec le phénomène de l'anorexie mentale et les pistes d'actions envisagées pour l'intervention.
- 2) Le point de vue général sur le phénomène et les pistes d'actions envisagées pour l'intervention.

Questions sur le 1^{er} thème : *L'expérience personnelle des participants avec le phénomène de l'anorexie mentale et les pistes d'actions.*

- Vous côtoyez quelqu'un dans votre entourage qui présente un problème d'anorexie. Pouvez-vous me parler de cette expérience ?
- Comment comprenez-vous que cette personne est développée un tel problème ?
- Pouvez-vous me parler de ce qui a été fait pour cette personne ?
- Dans la situation de cette personne, qu'est-ce que vous pensez qui aurait pu lui être bénéfique ?

Question sur le 2e thème : *Le point de vue général sur le phénomène et les pistes d'actions.*

- Comment comprenez-vous que des personnes développent un problème d'anorexie ?
- Qu'est-ce qui de votre avis, pourrait être fait pour contrer un tel problème ?

Questions de clôture :

- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant le problème d'anorexie ?
- Que retenez-vous de cet entretien ?

* Vérification de l'état émotionnel

Questions de clarification :

* L'usage de la reformulation et des résumés seront utilisés.

- Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
- Qu'entendez-vous par cela ?
- Pouvez-vous me donner des exemples ?
- Pourriez-vous développer votre explication ?
- Si je vous comprends bien, vous voulez dire ceci ?

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Le point de vue de jeunes interpellés par l'anorexie mentale :
compréhension du phénomène et pistes d'actions**

Ce projet de recherche est réalisé par Élisabeth Grégoire-Majeau, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) sous la direction d'Annie Gusew et de Suzanne Mongeau, professeures à l'École de service social de l'Université du Québec à Montréal. La démarche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de la faculté des sciences humaines de l'UQÀM. Avant de consentir à participer, vous êtes invités à prendre connaissance de tous les renseignements présentés dans ce formulaire. Ce document vous explique le but et les objectifs visés par ce projet de recherche, son déroulement ainsi que les possibles avantages, risques et inconvénients que vous pourriez rencontrer. Nous vous incitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

But et objectifs visés par la recherche :

Cette étude vise à comprendre le phénomène de l'anorexie mentale du point de vue de jeunes adultes confrontés à ce problème dans leur entourage.

Plus spécifiquement, les participants seront amenés à identifier :

- 1) comment ils comprennent le phénomène de l'anorexie mentale du point de vue de leur expérience personnelle,
- 2) comment ils perçoivent l'anorexie mentale en général et
- 3) comment ils envisagent les pistes d'actions pour les personnes ayant un problème d'anorexie mentale et leur entourage.

Déroulement de la participation :

Votre participation à cette recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle semi-dirigée d'environ une heure et demie. Cette entrevue sera enregistrée avec votre permission.

Avantages, risques et inconvénients possibles liés à la participation :

Votre contribution à cette étude vous permettra de participer à l'avancement des connaissances sur l'anorexie mentale et de développer votre réflexion sur votre propre compréhension du phénomène. Le fait de partager ce vécu dans le cadre de cette présente étude contribuera à une réflexion sur l'intervention et les services offerts aux personnes touchées par ce problème. Il se peut toutefois que l'ouverture sur votre expérience suscite chez vous des réflexions, des émotions, des souvenirs émouvants ou désagréables. S'il y a lieu, n'hésitez pas à utiliser la ressource mentionnée à la fin du formulaire. Notez qu'il est de votre responsabilité d'interrompre le processus d'entrevue si vous estimez que votre bien-être est menacé.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser de faire quelque chose que vous jugez perturbant ou qui vous met mal à l'aise. Cela implique que vous pouvez vous abstenir de répondre à une question et que vous détenez le pouvoir de vous retirer de la recherche en tout temps par avis verbal et ce, sans préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Le participant choisissant de se retirer est libre de décider de ce qu'il adviendra des renseignements qui auront été recueillis au moment de son retrait, soit de les conserver ou de les détruire.

Anonymat et confidentialité :

L'étudiante-chercheure garantit l'anonymat et la confidentialité dans le traitement de l'information. Seules l'étudiante-chercheure et les directrices supervisant la recherche auront accès au matériel récolté. Les données, le formulaire de consentement et les enregistrements seront conservés selon des mesures de sécurité précises, soit dans un classeur sous clé et/ou sécurisé à l'informatique avec un mot de passe. Ceux-ci seront détruits un an après le dépôt du mémoire. Les renseignements directs et indirects des participants ne seront pas divulgués ce qui assure qu'aucun participant ne pourra être identifié.

Pour des renseignements supplémentaires, éclaircissement ou des questionnements reliés à votre participation au projet de recherche, veuillez communiquer avec Élisabeth Grégoire-Majeau, étudiante-chercheure à la maîtrise en travail social, au numéro de téléphone suivant : (514) 214-0116, ou à l'adresse courriel suivante : gregoire-majeau.elisabeth@courrier.uqam.ca.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire et je me déclare satisfait des explications, précisions et réponses que l'étudiante-chercheure m'a fournies quant à ma participation. Je comprends la nature, les avantages, les risques et les inconvénients auxquels je m'expose dans cette recherche. Le cas échéant, je consens librement à participer à cette recherche.

Nom et prénom en lettres moulées : _____

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. J'affirme avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et vérifier la compréhension du participant. Je m'engage à respecter toutes les conditions évoquées.

Nom et prénom en lettres moulées : _____

Signature de l'étudiante-chercheure : _____ **Date :** _____

Je désire recevoir une copie du mémoire de recherche lorsqu'il sera disponible :

- Oui Si oui, indiquez votre adresse courriel : _____
 * Veuillez m'aviser si votre adresse change avant la réception du mémoire.
- Non

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par

l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

Numéro du certificat d'approbation : FSH-2012-15

Ressources apportant un soutien aux proches :

A.N.E.B Québec

Téléphone : (514) 630-0907

Téléphone sans frais : 1-800-630-0907

Courriel : info@anebquebec.com

*Plusieurs points de services

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM-IV. Washington : Masson.
- Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexie, boulimie, obésité*. Paris : Flammarion.
- Arnoult, A. (2009). « L'anorexie mentale : la représentation d'une déviance féminine dans la presse quotidienne nationale ». *Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, 8, 6-24.
- Askenazy, F. (2007). « Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent quand le pronostic vital est engagé ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(3), 144-148.
- Beard, C.M, Kurland, L.T., Lucas, A.R. et O'Fallon, W.M. (1991). « 50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester Minnesota. A population based study ». *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Beaud, J.P. (2009). « L'échantillonnage ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 251-284. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bernardini, M., Onnis, L., Romano, C. et Veglia, A. (2008). « Le double visage de la lune. La crise de l'adolescence selon une perspective systémique ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(40), 45-58.
- Bernardini, M., Leonelli, A., Mulè, A.M., Onnis, L. et Vietri, A. (2009). *Le temps suspendu : une approche systémique à l'anorexie et boulimie de l'adolescence*. Unité de psychothérapie. Rome : Université Sapienza, Département de psychiatrie. Document powerpoint.
- Birmingham, C.L., Su, J., Hlynsky, J.A., Goldner, E.M. et Gao, M. (2005). « The mortality rate from anorexia nervosa ». *International Journal of Eating Disorders*, 38, 143-146.
- Blais, A. et Durand, C. (2009). « Le sondage ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 445-488. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Bourdieu, P. (1993). « Comprendre ». In *La misère du monde*, sous la dir. de P. Bourdieu, p. 903-925. Paris : Seuil.
- Bouthillier, J. (2012) *En terminer avec l'anorexie*. Éditions Psycho-D. [En Ligne] site consulté le 11 octobre 2013, www.troublesalimentaires.org/anorexie.htm.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitative*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brillon, M. (2011). « L'alliance thérapeutique : un défi constant pour le thérapeute ». *Psychologie Québec/Dossier*, 28(2), 20-23.
- Brown, C. et Jasper, K. (1993). *Consuming Passions: Feminist Approaches to Weight Preoccupation and Eating Disorders*. Toronto : Second Story Press.
- Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie : la cage dorée*. Paris : PUF.
- Brusset, B. (1977). *L'assiette et le miroir : l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Toulouse : Privat.
- Brusset, B. (1998). *Psychologie de l'anorexie mentale*. Paris : Dunod.
- Buckroyd, J. (2000). *Anorexie et boulimie*. Paris : J'ai lu.
- Butera, F., Darnon, C., Buchs, C et Muller, D. (2006) « Les méfaits de la compétition : comparaison sociale et focalisation dans l'apprentissage ». *Bilans et perspectives en psychologie sociale*, 1, 15-44.
- Chambry, J. et Agman, G. (2006). « L'anorexie mentale masculine à l'adolescence ». *La psychiatrie de l'enfant*, 2(49), 477-511.
- Charbouillot-Mangin, B., Pauzé, R., et St-Pierre, F. (1996). « Perspective multifactorielle, interactionniste et diachronique de l'anorexie ». *Thérapie familiale*, 17(2), 241-259.
- Chernin, K. (1981). *The Obsession : Reflections on the Tyranny of Slenderness*. New York : Harper et Row.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.J., Bergametti, F. et Mouren, M.C. (2005). « Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique ». *Thérapie Familiale*, 3(26), 223-245.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C. et Mouren-Simeoni, M.C. (2000). « Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques : le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique ». *Prisme*, 32, 62-83.
- Cook-Darzens, S. (2012). *Thérapie familiale dans les troubles du comportement alimentaire*. Paris.
- Crête, J. (2009). « L'éthique en recherche sociale ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 285-308. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique : une approche sociologique*. Paris : La Découverte.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.P. et Kérisit, M. (1997). « Le devis de recherche qualitative ». In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires, p. 85-111. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Dictionnaire de psychologie (2012). *Dicopsy.com*. [En ligne] site consulté le 30 mai 2012 http://www.dicopsy.com/dictionnaire.php/_psychologie-generale/perception.
- Dictionnaire Larousse (2012). [En ligne] site consulté le 10 juin 2012 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conception>.
- Ducceschi, S. (2005). *La psychothérapie dans les troubles du comportement alimentaire, comment, pourquoi ?* Paris.
- Ducceschi, S. (2009). *L'anorexie mentale : une quête identitaire ?* [En ligne] site consulté le 10 octobre 2013 <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=article&no=19635&razSqlClone=1>.
- Ehrenberg, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale ». *Esprit*, 133-156.
- Eliacheff, C. et Raimbrault, G. (1989). *Les indomptables : figures de l'anorexie*. Paris : Odile Jacob.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York : Norton.

- Faucher, L., Poirier, P. et Lachapelle, J. (2006). « La théorie des systèmes développementaux et la construction sociale des maladies mentales ». *Philosophiques*, 33(1), 147-182.
- Fortin, F. (1996). *Processus de recherche : de la conception à la réalisation*. Québec : Décarie.
- Fortin, F., Côté, J. et Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gauthier, B. (2009). « L'évaluation de la recherche par sondage ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 591-632. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Giannuzzi, M., Onnis, L. et Romano, C. (2007). « Un vide à combler : anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(38), 135-157.
- Gordon, R.A. (1992). *Anorexie et boulimie : anatomie d'une épidémie sociale*. Paris : Stock.
- Guillemot, A. et Laxenaire, M. (1997). *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Paris : Masson.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
- Hubert, M. (1991). « L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux : élément d'un débat », In *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies (tome 1)*, sous la dir. de H. Dorvil et R. Mayer, p. 21-32. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Huet, J.M. (2011). *L'importance de l'entourage familial*. Paris : Association Autrement pour un autre regard sur son poids. [En ligne] site consulté le 10 octobre 2013 <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-520-importance-de-l-entourage-familial.htm>.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011). *Troubles de l'alimentation : causes et symptômes*. [En ligne] site consulté le 6 juin 2012 <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-Alimentation?locale=fr>.
- Institut de la statistique du Québec (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec : Gouvernement du Québec, Collection la santé et le bien-être.

- Jeammet, P. (2009). *Anorexie boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Paris : Hachette Littérature.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks : Sage.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Montréal : Guérin.
- Mahowald, M.B. (1995). *Nagging Questions: To Be or not to Be a Woman: Anorexia Nervosa, Normative Gender Roles, and Feminism*. Boston : Dana E. Bushnell, p. 287-303.
- Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et collaborateurs (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Mellos, K., (2009). « Une science objective ? ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 571-590. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Minuchin, S., Rosman, B., et Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.
- Morris, B. J. (1985). « The phenomena of anorexia nervosa: a feminist perspective ». *Feminist Issues*, 5(2), 89-99.
- Onnis, L. (1989) Corps et contexte : la thérapie familiale dans les troubles psychosomatiques. Paris : ESF éditeur.
- Onnis, L. (1991). « Thérapie familiale de l'anorexie mentale. Un modèle d'intervention basé sur les sculptures familiales ». *Thérapie familiale*, 12(3), 225-235.
- Onnis, L. (1992). « Langage du corps et langage de la thérapie : la « sculpture du futur » comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques ». *Thérapie familiale*, 13(1), 3-19.
- Onnis, L. (2000). « Quand le temps est suspendu : individu et famille dans l'anorexie mentale ». *Thérapie familiale*, 21(3), 289-303.

- Onnis, L. (2009). *Complexité, anorexie et sculptures du temps...* Entretien avec Luigi Onnis, Enregistrement vidéo.
- Onnis, L. (2013). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu : individu, famille et société*. Bruxelles : De Boeck.
- Paillé, P. (2007). « La recherche qualitative, une méthodologie de la proximité ». In *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies* (tome 3), sous la dir. de H. Dorvil, p. 409-443. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pelletier, C. et Pagé, G. (2002). « Les critères de rigueur scientifique en recherche ». *Recherche en soins infirmiers*, 68, 35-42.
- Pires, A.P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires, p. 3-54. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Pomerleau, G. (2001). *Démystifier les maladies mentales. Anorexie et boulimie : comprendre pour agir*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Pommereau, X. et de Tonnac, J.P. (2007). *Le mystère de l'anorexie*. Paris : Albin Michel.
- Pourtois, J.P. et Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège-Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4^e éd.). Paris : Dunod.
- Sabourin, P. (2009). « L'analyse de contenu ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 415-444. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). « L'entrevue semidirigée ». In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 337-389. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Santé Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada : Chapitre 6, Troubles de l'alimentation. Ottawa. [En ligne] site consulté le 6 juin 2012 <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-fra.php>.
- Selvini-Palazzoli, M. (1989). « L'anorexie mentale dans une perspective systémique ». *Thérapie familiale*, 10(2), 87-102.

- Selvini-Palazzoli, M. (1996). *Self-Starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia Nervosa*. New York : Jason Aronson.
- Shankland, R. (2009). *Les troubles du comportement alimentaire*. Paris : Dunod.
- Sullivan, P. (1995). « Mortality in anorexia nervosa ». *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 1073-1074.
- Vénisse, J.L. (1983). *L'anorexie mentale*. Paris : PUF.
- Vialettes, B. (2001). *L'anorexie mentale, une déraison philosophique*. Paris : L'Harmattan.
- Wolf, N. (2002). *The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women*. New York : Harper Perennial.
- Wilkins, J. (2012). *Adolescentes anorexiques. Plaidoyer pour une approche clinique humaine*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Yon, L., Doyen, C., Asch, M., Cook-Darzens, S. et Mouren, M.C. (2009). « Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : recommandations et modalités pratiques ». *Archives de Pédiatrie*, 16(11). 1491-1498.
- Zuniga, R. (1993). « La théorie et la construction des convictions en travail social », In *Problèmes sociaux : Théories et méthodologies* (tome 1), sous la dir. de H. Dorvil et R. Mayer, p. 33-53. Québec : Presses de l'Université du Québec.