

JUDITH PETITPAS

MANGER À CONTRE-COURANT
Attitudes et perceptions d'étudiants universitaires québécois à
propos de l'anorexie

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en service social
pour l'obtention du grade de maître en service social (M. Serv. soc.)

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2011

Résumé court

Cette recherche quantitative descriptive porte sur les attitudes et les perceptions d'étudiants universitaires à l'égard de l'anorexie. Pour réaliser cette étude, 1000 étudiants universitaires ont répondu à un questionnaire en ligne. Les résultats indiquent d'une part que la perception de l'anorexie au sein de la population sondée s'avère somme toute assez positive. D'autre part, les personnes atteintes d'anorexie ainsi que leurs parents peuvent être la cible d'attitudes et de perceptions stigmatisantes de la part d'une certaine proportion des répondants. Dans un troisième temps, les résultats laissent paraître certaines attitudes et perceptions pouvant contribuer à banaliser l'anorexie. Enfin, compte tenu des dangers réels que représente cette maladie et des conséquences négatives de la stigmatisation, cette étude apporte des connaissances pouvant contribuer à mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'information plus efficaces et plus ciblées et à améliorer les interventions destinées à cette clientèle ainsi qu'à leurs proches.

Abstract (short version)

This descriptive quantitative study focuses on the attitudes and perceptions of university students towards anorexia. For this study, 1000 university students completed an online questionnaire. The results of this study show that the perception of anorexia in the survey population is actually quite positive. Second, despite a positive perception after all, people with anorexia and their parents may be the target of stigmatizing attitudes and perceptions from a certain proportion of respondents. Third, in addition to some stigmatizing attitudes, the findings in the study appear to suggest certain attitudes and perceptions that may contribute to trivialize anorexia. Finally, given the real threat of this disease and the negative consequences of stigma, this study provides important new knowledge that can help build awareness and education campaigns that are more efficient and more focused and help provide better interventions for these clients and their families.

Résumé détaillé

Cette recherche quantitative descriptive porte sur les attitudes et les perceptions d'étudiants universitaires à l'égard de l'anorexie. La question de recherche à laquelle elle tente de répondre est la suivante : *les personnes atteintes d'anorexie et leur famille font-elles l'objet d'attitudes et de perceptions négatives de la part d'une population d'étudiants adultes universitaires québécois?* Plus spécifiquement, cette étude cherche à identifier : a) Quelles sont les attitudes des répondants à l'égard des personnes atteintes d'anorexie?; b) Quelles sont les perceptions des répondants à l'égard de la famille des personnes atteintes d'anorexie?; et c) Ces attitudes et ces perceptions varient-elles en fonction de l'âge, du sexe, du domaine d'études, du degré de connaissance de la problématique et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie? Son cadre théorique s'appuie sur le concept de stigmatisation.

Pour réaliser cette étude, 1000 étudiants universitaires ont répondu à un questionnaire en ligne. Leurs réponses ont fait l'objet d'analyses statistiques, qui ont permis d'en connaître davantage sur les attitudes des étudiants au sujet de l'ampleur de l'anorexie, de la contribution à la société de la personne atteinte, des attributs négatifs qu'on lui appose, de la distance sociale qu'on lui reconnaît et de la désirabilité que le répondant manifeste à l'égard de ce trouble mental. Ces analyses ont également permis d'en apprendre plus sur le pouvoir d'extension de l'anorexie à la famille, aux parents et à la fratrie de la personne.

Les résultats de ce mémoire permettent de tirer trois conclusions. D'une part, la perception de l'anorexie au sein de la population sondée s'avère somme toute assez positive. L'anorexie est vue comme un trouble de santé mentale grave et souffrant. Les répondants ne croient pas que la personne qui en est atteinte se serve de la maladie pour se sentir supérieure aux autres. Ils croient qu'elle puisse être une bonne amie, une bonne conjointe, un bon parent et une professionnelle productive, si elle reçoit les traitements appropriés. De plus, cette perception somme toute positive s'étend aussi aux parents, qui sont vus comme étant affectés, inquiets, impuissants et ayant besoin d'aide, des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de leur enfant.

D'autre part, malgré une perception somme toute positive, les personnes atteintes d'anorexie ainsi que leurs parents peuvent être la cible d'attitudes et de perceptions stigmatisantes de la part d'une certaine proportion des répondants. Globalement, l'anorexie est perçue comme une maladie individuelle, dont la responsabilité revient à la personne affectée et, dans une moindre mesure, à ses parents. Environ un tiers des répondants ont tendance à blâmer la personne affectée pour sa condition, à la trouver centrée sur elle-même, peu sensible aux torts qu'elle cause à sa famille, utilisant la maladie pour attirer l'attention des autres et trouvent son comportement irritant. Les parents, quant à eux, sont perçus comme étant absents et incompetents.

Dans un troisième temps, en plus de certaines attitudes stigmatisantes, les résultats contenus dans cette étude laissent paraître certaines attitudes et perceptions pouvant contribuer à banaliser l'anorexie. D'abord la moitié des répondants pensent que l'anorexie est liée à la « crise » d'adolescence, ce qui peut laisser croire à tort qu'elle est une affection temporaire, liée à une période normale de développement. Également, le quart des répondants affirme envier la minceur et admirer la capacité de la personne atteinte d'anorexie à contrôler son poids, ce qui peut avoir l'effet de renforcer le comportement anorexique et de contribuer à maintenir la personne dans la maladie.

Enfin, l'anorexie est un trouble de santé mentale grave, qui touche de plus en plus de personnes (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011) et dont les taux de mortalité sont les plus élevés de tous les troubles de santé mentale (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner, & Gao, 2005; Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth, & Sullivan, 2007). Compte tenu des dangers réels que représente cette maladie et des conséquences négatives de la stigmatisation, cette étude apporte des connaissances nouvelles et importantes pouvant contribuer à mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'information qui soient plus efficaces et plus ciblées et à améliorer les interventions destinées à cette clientèle ainsi qu'à leurs proches.

Abstract (detailed version)

This descriptive quantitative study focuses on the attitudes and perceptions of university students towards anorexia. The research question to which it seeks to answer is: *Do people with anorexia and their families are subject to negative attitudes and perceptions from a population of Quebec university students?* More specifically, the aim of the study is to identify: a) What are respondent's attitudes towards people with anorexia?; b) What are the perceptions of respondents with respect to the families of people with anorexia?; and c) Do these attitudes and perceptions vary according to age, gender, field of study, the degree of knowledge of the problem and how close is the respondent with anorexia? Its theoretical framework is based on the concept of stigma.

For this study, 1000 university students completed a questionnaire online. Their responses have been subject to statistical analysis, which helped to learn more about students' attitudes regarding the extent of anorexia, the contribution to society, the negative attributes, the social distance towards the person and the desirability that the respondent have towards this mental disorder. These analyses also allowed learning more about the power of expansion of anorexia to the family, parents and sibling of the person.

The results of this study can draw three conclusions. First, the perception of anorexia in the survey population is actually quite positive. Anorexia is seen as a severe mental illness that is distressing. Respondents do not believe that the person who has the disease would use it to feel superior to others. They believe the person to be a good friend, a good partner, a good parent and a productive worker, if given appropriate treatment. In addition, this positive perception seems to be extended to parents, who are seen as being affected, worried, helpless and in need of assistance, attitudes that can contribute to the positive development of their child.

Second, despite a positive perception after all, people with anorexia and their parents may be the target of stigmatizing attitudes and perceptions from a certain proportion of respondents. Overall, anorexia is seen as an individual disease, which is the responsibility

of the person affected and to a lesser extent, to his parents. About a third of respondents tend to blame the person affected, to see her as self-centered, little sensitive to harm caused to his family, using the disease to receive attention from others and find his behaviour irritating. Parents, meanwhile, are seen as incompetent and absent.

Third, in addition to some stigmatizing attitudes, the findings in the study appear to suggest certain attitudes and perceptions that may contribute to trivialize anorexia. First, half of the respondents believe that anorexia is linked to the “crisis” of adolescence, which may suggest incorrectly that it is a temporary condition, due to a normal period of development. Also, a quarter of respondents said that they envy thinness and admire ability to control weight of the person affected, which may have the effect of strengthening the anorexic behaviour and contribute to maintaining the person in the disease.

Finally, anorexia is a severe mental health disorder, which affects more and more people (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011) and whose mortality rates are the highest of all mental health disorders (Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007). Given the real threat of this disease and the negative consequences of stigma, this study provides important new knowledge that can help build awareness and education campaigns that are more efficient and more focused and better interventions for these clients and their families.

Remerciements

Le temps des remerciements est un moment heureux. Il témoigne de la distance parcourue depuis le commencement de cet ambitieux projet. Il permet également d'expérimenter ce sentiment d'accomplissement à l'approche de la ligne d'arrivée. Il est surtout l'occasion de faire le point sur ce voyage, sur les gens rencontrés, sur la transformation qui s'est opérée durant ces trois années.

D'abord, il y a eu l'entrée dans le monde du service social. Je remercie mes professeurs et les chargés de cours, qui ont su m'intéresser à cette science par leur passion, leur humanisme et leur rigueur. Je remercie également mes collègues, les « wanna be », qui ont rendu cette année de transition divertissante, enrichissante et intéressante. Notre cohésion me manquera.

Puis il y a eu la maîtrise. Je remercie Marie-Christine Saint-Jacques, ma directrice de recherche, avec qui j'ai passé deux superbes années. Marie-Christine, tu as réussi à faire ressortir le meilleur de mes capacités. Tu as su me pousser lorsqu'il fallait approfondir la réflexion, m'encourager lorsque mes forces diminuaient et me laisser aller lorsque j'avais le vent dans les voiles. Sincèrement, ton humour absurde, ta franchise déconcertante et ta générosité débordante me manqueront grandement.

Je remercie Robert Pauzé, également mon directeur de recherche, que j'ai eu un plaisir immense à connaître. Robert, ton accueil chaleureux et ton ouverture m'ont permis d'approfondir mes réflexions et mes connaissances. Tes commentaires pertinents et nos discussions passionnantes ont contribué à faire de moi une meilleure intervenante. Ton humour mordant, ta simplicité confiante et ta gentillesse « marathonnienne » me manqueront assurément.

Grâce à vos compliments, mais aussi à vos critiques constructives, tous les deux, vous avez contribué à accroître ma confiance en mes capacités. Je me sens privilégiée d'avoir été encadrée de façon exceptionnelle, comme vous avez su le faire. Merci.

Je tiens également à remercier une personne sans qui ce projet n'aurait peut-être jamais existé : Bernard Roy, anthropologue et professeur à la Faculté des sciences infirmières. Bernard, dès notre première rencontre, tu m'as encouragée à me dépasser, tu m'as généreusement incluse dans tes projets, tu as influencé mes réflexions et mes opinions. Au fil des années, tu es devenu un ami précieux, en qui j'ai confiance. Merci d'être là.

Je ne pourrais passer sous silence aussi mon amitié avec Céline Spira. Céline, ta présence durant ces trois années a été un élément important de la réussite de ce projet. J'ai trouvé en toi une personne accueillante, ouverte, drôle. Tu m'as donné sans compter. Tu m'as soutenue dans les moments de fatigue. Tu m'as écoutée sans relâche. On a ri, on a pleuré, on a sacré, et on l'a fait ensemble... Merci.

Enfin, « last but not least », je tiens absolument à remercier mon conjoint, Jean-Bernard Drapeau et ma famille, les Petitpas-Lafrance-Bergeron-Lalumière... Jean-Bernard, merci de ta patience, de ton soutien, de ta générosité. Merci de ton amour, qui me donne l'énergie de poursuivre mes rêves. Merci pour les sacrifices que tu as dû faire afin que ce projet vienne à terme. Je t'aime.

Mes parents, mes frères, mes belles-sœurs, mes neveux et nièce, merci d'être dans ma vie. Merci pour tout ce que vous m'apportez depuis éternellement. Merci de m'encourager dans mes projets, parfois un peu fous. Merci d'être des modèles de générosité, de solidité, d'ouverture et de gentillesse. Je vous dois beaucoup et je vous aime beaucoup.

Merci enfin aux 1000 personnes qui ont généreusement accepté de participer à ce projet de recherche et qui, par leur geste, ont permis la réalisation de ce projet.

Bonne continuation à tous.

Judith Petitpas

Table des matières

Résumé court	i
Abstract (short version)	ii
Résumé détaillé.....	iii
Abstract (detailed version).....	v
Remerciements.....	vii
Table des matières	ix
Liste des figures et des tableaux	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 Problématique.....	3
1.1 Objet d'étude.....	3
1.1.1 Définition des troubles des conduites alimentaires.....	4
1.1.2 Prévalence.....	6
1.1.3 Manifestations de ces troubles	8
1.1.4 Facteurs de risque et de protection associés à ces troubles.....	10
1.1.5 Conséquences des troubles alimentaires sur la personne.....	13
1.2 Recension des écrits.....	14
1.2.1 Les personnes tenues responsables du trouble alimentaire.....	15
1.2.2 L'admiration et l'envie, des attitudes uniques aux troubles alimentaires.....	20
1.2.3 La honte et le secret comme impacts des perceptions négatives	23
1.2.4 L'information et la sensibilisation comme pistes de solution.....	27
1.3 Limites des recherches actuelles.....	29
1.4 Pertinence scientifique et sociale.....	30
Chapitre 2 Cadre conceptuel.....	33
2.1 La stigmatisation.....	33
2.1.1 Les définitions et les critiques du concept de stigmatisation.....	33
2.1.2 Les propositions du stigmate	36
2.1.3 Les dimensions du stigmate	42
2.1.4 Les processus de stigmatisation.....	46
2.1.5 Les effets de la stigmatisation.....	51
2.2 La présente étude	56
Chapitre 3 Méthodologie	59
3.1 Approche privilégiée.....	59
3.2 Population à l'étude et échantillonnage	60
3.3 Collecte des données.....	62
3.4 Profil des répondants	64
3.5 Analyse des données	66
3.6 Limites de l'étude	69
3.7 Considérations éthiques	70

Chapitre 4 Présentation des résultats	72
4.1 Caractère de l'anorexie	72
4.1.1 Ampleur de l'anorexie	73
4.1.2 Contribution à la société de la personne atteinte	76
4.1.3 Caractéristiques attribuées à la personne atteinte	78
4.1.4 Distance sociale avec la personne atteinte	81
4.1.5 Désirabilité envers la personne atteinte	83
4.2 Pouvoir d'extension de l'anorexie	84
4.2.1 Aux parents	84
4.2.2 À la fratrie	96
4.2.3 À la famille	97
4.3 Influence des caractéristiques sociodémographiques	98
4.3.1 Influence du sexe	98
4.3.2 Influence de l'âge.....	101
4.3.3 Influence du domaine d'études	104
4.3.4 Influence du degré de connaissance de l'anorexie.....	108
4.3.5 Influence du degré de proximité avec l'anorexie.....	111
Chapitre 5 Discussion	115
5.1 Comment l'anorexie est-elle perçue?	116
5.1.1 Le portrait de la personne atteinte.....	116
5.1.2 Le portrait de la famille ayant un membre atteint d'anorexie.....	121
5.2 L'anorexie est-elle l'objet d'une stigmatisation?.....	123
5.2.1 Son caractère discréditant	124
5.2.2 Son pouvoir d'extension	127
5.3 Pistes de recherche et d'intervention	130
Conclusion	134
Références.....	136
Annexe 1 : Formulaire de consentement en ligne.....	148
Annexe 2 : Questionnaire en ligne.....	151
Annexe 3 : Courriel envoyé aux professeurs	157
Annexe 4 : Courriel envoyé aux étudiants.....	158

Liste des figures et des tableaux

Figure 1.	Cycle de restriction-compulsion des troubles alimentaires	10
Figure 2.	Mise en relation de l'expérience globale des troubles des conduites alimentaires de Pépin (2004)	12
Tableau 1	Conséquences des troubles alimentaires sur les plans physique, psychologique, social et économique.....	13
Tableau 2	Études recensées, années de publication et troubles alimentaires pris en compte	15
Figure 3.	Modèle de la menace identitaire du stigmaté de Major et O'Brien (2005)	47
Figure 4.	Modèle de la conceptualisation du stigmaté de Link et Phelan, adapté par Robitaille (2005)	49
Tableau 3	Âge des répondants	64
Tableau 4	Domaines d'études des répondants.....	65
Tableau 5	Degré de proximité de l'anorexie des répondants déclarant avoir une connaissance moyenne ou bonne du sujet	66
Tableau 6	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de l'ampleur de l'anorexie	75
Tableau 7	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de la contribution à la société de la personne atteinte d'anorexie	77
Tableau 8	Résumé des statistiques pour les scores des échelles de mesure créées	78
Tableau 9	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet des caractéristiques attribuées à la personne atteinte d'anorexie	80
Tableau 10	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de la distance sociale de la personne atteinte d'anorexie	82
Tableau 11	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de la désirabilité de la personne atteinte d'anorexie	83
Tableau 12	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception des parents de la personne atteinte d'anorexie	85
Tableau 13	Description de la classification des attributs liés au père	87
Figure 5.	Répartition des attributs liés au père d'une personne atteinte d'anorexie	88
Figure 6.	Classification [% (<i>n</i>)] des attributs liés au père	90
Tableau 14	Description de la classification des attributs liés à la mère	92
Figure 7.	Répartition des attributs liés à la mère d'une personne atteinte d'anorexie	93
Figure 8.	Classification [% (<i>n</i>)] des attributs liés à la mère	95
Tableau 15	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de la fratrie de la personne atteinte d'anorexie	97
Tableau 16	Répartition [% (<i>n</i>)] des répondants au sujet de leur perception de la famille de la personne atteinte d'anorexie	97
Tableau 17	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le sexe	100
Tableau 18	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le sexe	101
Tableau 19	Résumé des scores aux analyses bivariées selon l'âge	103
Tableau 20	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le domaine d'études	106
Tableau 21	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le domaine d'études	107
Tableau 22	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de connaissance de l'anorexie	110

Tableau 23	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de connaissance de l'anorexie	111
Tableau 24	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de proximité avec l'anorexie	113
Tableau 25	Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de proximité avec l'anorexie	114

Introduction

Au Canada, près de 4 % des femmes seront atteintes d'anorexie mentale au cours de leur vie (Santé Canada, 2002). Au Québec, le taux des troubles des conduites alimentaires chez les femmes âgées de 13 à 30 ans est d'environ 3 % (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011). Les hommes sont également touchés par ces troubles mentaux et représentent à peu près 10 % des personnes affectées. Selon l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011), ces chiffres peuvent tripler si on ajoute les formes partielles de ces troubles, qui ont néanmoins un impact significatif sur ceux qui en souffrent. Plus inquiétant encore, les experts s'entendent maintenant pour dire que de plus en plus de personnes sont aux prises avec des troubles des conduites alimentaires (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011).

Devant ce portrait alarmant, en 2009, à la demande de deux jeunes femmes réclamant au gouvernement d'agir sur les causes sociales de l'anorexie et d'intervenir auprès de l'industrie de la mode, la *Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée* a été mise sur pied par la ministre de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (2010). Par cette charte, le gouvernement québécois s'engage, notamment, à dissuader les comportements excessifs de contrôle du poids ou de modification exagérée de l'apparence et à garder une attitude vigilante et diligente afin de minimiser les risques d'anorexie nerveuse, de boulimie et de préoccupation malsaine à l'égard du poids.

D'une part, cette étude s'intéresse à l'anorexie comme problème de santé publique important. D'autre part, en 2002, Santé Canada (2002) affirmait que les données existantes offrent un profil très restreint des troubles des conduites alimentaires au Canada. Dans ses conclusions, Santé Canada recommandait d'obtenir davantage de données sur l'incidence et la prévalence de chacun des troubles des conduites alimentaires, mais aussi sur la stigmatisation associée aux troubles des conduites alimentaires et sur l'impact de ces troubles sur la qualité de vie de la personne et de la famille.

C'est dans cette optique que cette étude s'intéresse aux attitudes et aux perceptions d'étudiants universitaires québécois à l'égard des personnes atteintes d'anorexie et à l'égard de leur famille, afin de savoir si celles-ci peuvent être victimes de stigmatisation. La question de recherche à laquelle elle tente de répondre est la suivante : *les personnes atteintes d'anorexie et leur famille font-elles l'objet d'attitudes et de perceptions négatives de la part d'une population d'étudiants adultes universitaires québécois?*

Ce document est divisé en cinq chapitres. Le premier énonce la problématique. Il inclut l'objet d'étude, la prévalence, la démarche documentaire, la recension des écrits, les limites des recherches actuelles ainsi que la pertinence scientifique et sociale. Le deuxième chapitre décrit le cadre conceptuel, la stigmatisation, ainsi que les paramètres de la présente étude. Le troisième chapitre précise la méthodologie utilisée dans cette étude. Il comprend l'approche privilégiée, la population à l'étude et l'échantillonnage, la collecte des données, le profil des répondants, l'analyse des données, les limites de la présente étude et les considérations éthiques. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude. Il est divisé en trois sections : le caractère de l'anorexie, son pouvoir d'extension et l'influence des caractéristiques sociodémographiques. Le cinquième chapitre est consacré à la discussion des résultats obtenus et vise à répondre aux questions suivantes : *Comment l'anorexie est-elle perçue?* et *L'anorexie est-elle stigmatisante?* Suivent certaines propositions concernant des pistes de recherche et d'intervention. La suite du document inclut les références et les annexes.

Chapitre 1 | Problématique

1.1 Objet d'étude

De nombreuses recherches démontrent que les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale vivent de la stigmatisation (Angermeyer, Beck, Dietrich, & Holzinger, 2004; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004). L'Organisation mondiale de la Santé (2005) affirme que ces personnes font l'objet de remarques désobligeantes, subissent un renforcement des préjugés négatifs sur leur lieu de travail, dans les médias et dans la presse, souffrent du manque d'égalité des chances et de l'absence de législation à cet égard, et subissent des injustices et un manque de respect. C'est le cas, notamment, des personnes atteintes de schizophrénie (Knight, Wykes, & Hayward, 2003; Stip, Caron, & Lane, 2001), de troubles dépressifs (Halter, 2004; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009) ou de toxicomanie (Room, 2005). Selon certains chercheurs, c'est aussi le cas pour les personnes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005; Mond, Robertson-Smith, & Vetere, 2006; Stewart, Keel, & Schiavo, 2006).

Cette stigmatisation a des conséquences importantes sur le bien-être des personnes visées. Parmi ces conséquences, elle peut engendrer de la colère, des états dépressifs, de la peur, de l'anxiété, de l'isolement social, un sentiment de culpabilité et de la honte (Dinos et al., 2004). Elle peut également diminuer l'estime de soi, engendrer une dégradation des relations familiales et nuire à l'employabilité ou à la possibilité de se trouver un logement (Wahl, 1999). Des études tendent aussi à démontrer que plusieurs de ces personnes évitent de consulter par peur d'être stigmatisées, ce qui peut contribuer à la détérioration ou à la chronicité des problèmes de santé mentale (Halter, 2004; National Institute of Mental Health, 1999; Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional de l'Europe, 2005; Schomerus et al., 2009). Dans certains cas, la stigmatisation peut même contribuer au décès de la personne en augmentant les risques de suicide (Eagles, Carson, Begg, & Naji, 2003), notamment chez les gens atteints d'un trouble des conduites alimentaires (Birmingham et al., 2005; Hoek, 2006; Steinhausen, 2002).

Cette situation inquiétante a amené certains chercheurs à développer des programmes d'intervention visant à atténuer l'impact de cette stigmatisation, notamment chez les personnes présentant un trouble des conduites alimentaires (Crisp, Cowan, & Hart, 2004; Stuart, 2003). D'autres stratégies ont également été appliquées pour tenter de réduire la stigmatisation de ces personnes, dont celles de mieux informer la population et de mettre en place des campagnes de sensibilisation.

1.1.1 Définition des troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires font partie des troubles de santé mentale. À ce jour, la classification proposée par l'*American Psychiatric Association* (DSM-IV) demeure celle majoritairement utilisée dans les réseaux médicaux et communautaires pour définir ces troubles¹. Elle en reconnaît trois : l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*), la boulimie (*bulimia nervosa*) ainsi que le trouble des conduites alimentaires non spécifié.

Les critères diagnostiques de l'anorexie sont (American Psychiatric Association, 2000) :

- A. Un refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille;
- B. Une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale;
- C. Une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ou le déni de la gravité de la maigreur actuelle et;
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée c'est-à-dire l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

¹ La description des troubles des conduites alimentaires proposée par le DSM-IV fait cependant l'objet de plusieurs polémiques (Clinton & Norring, 2005; Dalle Grave & Calugi, 2007; Hebebrand, Casper, Treasure, & Schweiger, 2004; Nicholls, Chater, & Lask, 2000; Palmer, 1993). Il lui est reproché notamment d'être arbitraire, basée sur des opinions cliniques et sur le consensus. En ce sens, elle ne refléterait pas la réalité empirique de ces troubles. Malgré les critiques faites à cette classification, elle est toujours dominante dans le champ des troubles alimentaires.

Les critères diagnostiques de la boulimie sont (American Psychiatric Association, 2000) :

- A. La survenue récurrente de crises de boulimie (une absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ainsi qu'un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise);
- B. Des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids;
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois;
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle et;
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Enfin, les critères diagnostiques du trouble des conduites alimentaires non spécifié sont (American Psychiatric Association, 2000) :

- Chez une femme, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
- Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
- Tous les critères de la boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois.
- L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal.
- Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
- Hyperphagie boulimique (*Binge-eating disorder*): Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie.

Les deux premiers troubles peuvent être de type restrictif ou de type avec méthodes compensatoires (vomissements, prise de laxatifs ou exercice physique excessif). Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés, quant à eux, sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas tous les critères d'un trouble des conduites alimentaires spécifique (American Psychiatric Association, 2000).

En 2009, l'Association américaine de psychiatrie a fait savoir qu'une édition révisée du DSM-IV, le DSM-V, allait être publiée en 2013 (American Psychiatric Association, 2009). À cet effet, un groupe de travail a été formé afin de se pencher sur la classification des troubles alimentaires, dont il est reproché notamment qu'un nombre important des personnes qui souhaitent être traitées n'entrent pas dans les critères d'anorexie ou de boulimie, et se voient donc attribuer un diagnostic de trouble des conduites alimentaires non spécifié (Walsh, 2011). En 2010, le groupe de travail a proposé de nouveaux critères diagnostiques, plus élargis, dont l'élimination de critères requis tels que l'aménorrhée pour le diagnostic de l'anorexie et la réduction de la fréquence des crises de boulimies requises pour la boulimie passant de deux fois par semaine dans les trois derniers mois à une fois par semaine ainsi que la reconnaissance formelle de l'hyperphagie boulimique. Cette proposition est actuellement à l'étude par l'Association américaine de psychiatrie.

1.1.2 Prévalence

Il est difficile d'obtenir une mesure juste de la prévalence des troubles alimentaires puisque les statistiques sur cette problématique varient beaucoup selon les variables incluses dans le calcul. Le fait de prendre en considération l'âge des personnes, si le trouble alimentaire a fait l'objet d'un diagnostic formel ou si la personne a vécu une hospitalisation peut modifier significativement les statistiques. Par exemple, les statistiques des troubles alimentaires peuvent tripler si on ajoute les formes partielles de ces troubles (Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2011) De plus, seulement une minorité des personnes aux prises avec l'anorexie ou la boulimie sont hospitalisées (Hoek, 2006; Mond et al., 2006). Enfin, une bonne partie des personnes ne recevront jamais de diagnostic formel soit parce qu'elles ne consulteront jamais ou qu'elles ne remplissent pas tous les

critères diagnostiques du DSM-IV. À l'heure actuelle, les données demeurent encore imprécises à ce sujet ou varient grandement, ce qui rend la comparaison difficile. Selon les auteurs du *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (Santé Canada, 2002, p. 81), « les données sur les hospitalisations offrent une description partielle des personnes affectées par des troubles de l'alimentation graves [...] les résultats doivent être considérés avec prudence puisqu'il ne s'agit que d'un sous-ensemble des personnes souffrant de ces troubles ». Ainsi, les statistiques qui suivent portent cette limite, mais ont tout de même l'intérêt de quantifier minimalement la problématique.

Les données officielles de Santé Canada (2002) indiquent que 3 % des femmes seront affectées par un trouble alimentaire au cours de leur vie. Environ 0,5 à 4 % des femmes développeront de l'anorexie mentale au cours de leur vie et de 1 à 4 % développeront de la boulimie. Statistique Canada (2002) évalue de son côté que 1,7 % de la population totale canadienne de 15 ans et plus (424 767 personnes) et 1,9 % de la population totale québécoise de 15 ans et plus (115 591 personnes) sont à risque de souffrir de troubles alimentaires². Si nous incluons les formes d'anorexie et de boulimie qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques du DSM-IV et qui sont quand même considérées comme des troubles alimentaires, le pourcentage de femmes atteintes se situe entre 5 et 10 % (Pomerleau, Ratté, Boivin, & Brassard, 2001; Steiger & Champagne, 1999; Wilkins, 1995).

Au Québec, c'est 3,2 % des femmes et 0,6 % des hommes qui sont à risque de trouble alimentaire (Statistique Canada, 2002). Le ratio de femmes et d'hommes pour l'anorexie et la boulimie est d'environ 10 pour 1 (Kreipe & Birndorf, 2000). Entre 1987 et 1999, les hospitalisations pour trouble de l'alimentation ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans (Santé Canada, 2002).

² Risque de trouble alimentaire : Personnes de 15 ans et plus qui ont rapporté des symptômes et des préoccupations caractéristiques de troubles alimentaires lors des 12 mois précédant l'interview. Les personnes qui ont obtenu un résultat supérieur au seuil sont considérées à risque de troubles alimentaires. Le module des troubles alimentaires est fondé sur le test des attitudes alimentaires (*Eating Attitudes Test*). L'EAT 26 est une mesure normalisée répandue des symptômes et préoccupations caractéristiques des troubles alimentaires (sur le site de Statistique Canada au <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/4067676-fra.htm>, consultée le 23 août 2011).

Qui plus est, selon l'Institut de la statistique du Québec (2002), 45 % des jeunes de 9 ans et 60 % des jeunes de 13 et de 16 ans se montrent insatisfaits de leur image corporelle et adoptent des comportements visant à modifier leur poids, deux caractéristiques contribuant au développement d'un trouble alimentaire. De plus, « près de 10 % des petites filles de 8 et 9 ans ont déjà suivi un régime et entre 15 et 20 % des filles au secondaire présentent des troubles alimentaires » (Tassé, cité dans Bouchard & Bouchard, 2005, p. 16).

Enfin, les taux de mortalité liés à l'anorexie sont les plus élevés de tous les troubles de santé mentale (Agras, 2001; Agras et al., 2004; Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007; Harris & Barraclough, 1998; Sullivan, 1995). Environ 10 % des personnes anorexiques en meurent (Quadflieg & Fichter, 2003). La moitié de ces décès serait attribuable au suicide et l'autre moitié aux complications physiques de l'anorexie (Agras, 2001; Fairburn & Harrison, 2003; Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy, & Walker, 1998). Également, les troubles alimentaires représentent la troisième maladie chronique la plus fréquente chez les adolescentes (Adolescent Medicine Committee & Canadian Paediatric Society, 1998) et sont fréquemment associés à d'autres psychopathologies ou problèmes sociaux (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Ces données en font un problème de santé publique important.

1.1.3 Manifestations de ces troubles

La personne atteinte d'un trouble alimentaire recherche de façon obsessionnelle la minceur et s'impose des comportements restrictifs consistant à réduire considérablement son apport alimentaire. Elle a une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, et ce, indépendamment de son poids. Cette peur pousse la personne à adopter certains comportements (exercice physique intense, décompte des calories, etc.) dans le but d'éviter de prendre du poids et de tenter de le maintenir le plus bas possible. Au fil du temps et des comportements anorexiques, la perception de son poids ou de la forme de son corps devient altérée. Elle n'a plus une représentation réaliste de son image corporelle et particulièrement de certaines parties de son corps (ventre, fesses, cuisses, etc.). La personne atteinte d'un

trouble alimentaire entretient la croyance profonde selon laquelle la valeur d'un individu est étroitement liée à son apparence physique, voire sa minceur.

Souvent, la restriction alimentaire amène certaines personnes à avoir des épisodes d'excès alimentaires sous forme de crises de boulimie (compulsions). Selon Anorexie et boulimie Québec (2011), environ 50 % des personnes ayant souffert d'anorexie ont ensuite adopté des comportements boulimiques. Ces épisodes représentent une catastrophe pour la personne. Ils viennent en quelque sorte appuyer la peur irrationnelle qu'elle a de perdre le contrôle, si jamais elle cessait sa diète ou sa privation alimentaire. Pour être qualifiée comme telle, une crise de boulimie doit répondre à certaines caractéristiques. D'abord, la quantité de nourriture doit être excessive, ingérée en moins de 2 heures et en l'absence d'une sensation physique de faim. Durant la crise, qui se déroule généralement en privé, la personne doit ressentir une perte de contrôle, manger beaucoup plus rapidement et frénétiquement que la normale et jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension³ abdominale. Une fois la crise passée, la personne se sent dégoûtée d'elle-même, honteuse, déprimée ou très coupable.

À la suite de ces épisodes de compulsion alimentaire, certaines personnes vont utiliser des méthodes compensatoires visant à contrer l'effet de l'ingestion d'une grande quantité d'aliments. L'induction⁴ de vomissements, la prise de laxatifs et l'exercice excessif sont les trois méthodes compensatoires généralement utilisées. La restriction peut également devenir une méthode compensatoire lorsqu'à la suite d'un excès alimentaire (réel ou subjectif), la personne décide de restreindre de manière plus prononcée son apport alimentaire. Ce cycle de restriction et de compulsion propulse généralement la personne dans un cercle vicieux (Figure 1) duquel il devient difficile de sortir.

³ Augmentation de volume sous l'effet d'une tension.

⁴ Déclenchement naturel ou thérapeutique d'un phénomène dans l'organisme.

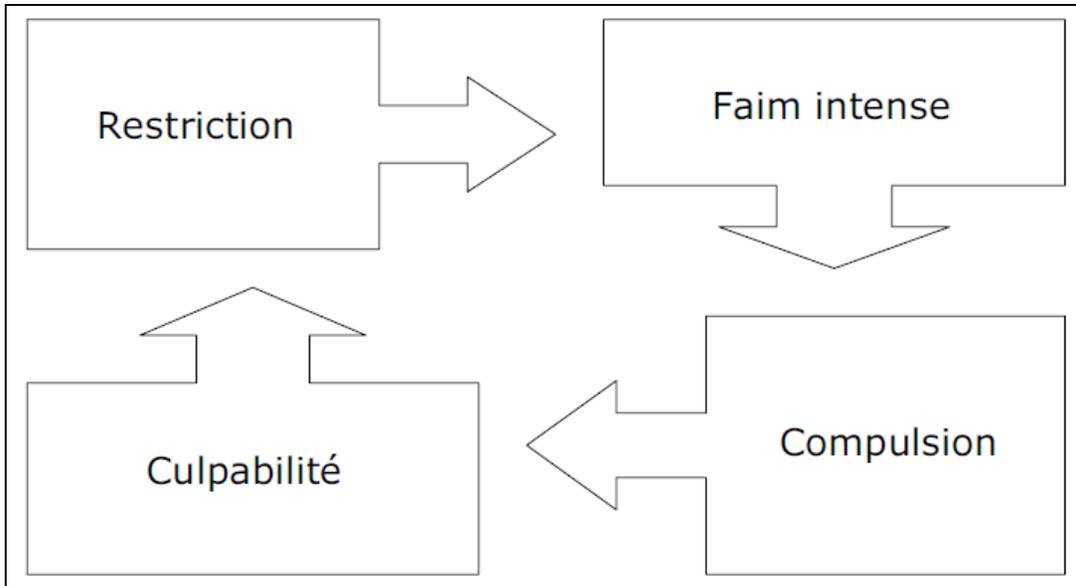


Figure 1. Cycle de restriction-compulsion des troubles alimentaires

1.1.4 Facteurs de risque et de protection associés à ces troubles

L'origine des troubles des conduites alimentaires demeure encore largement méconnue. En fait, la complexité réelle de cette problématique porte les professionnels et les chercheurs à l'expliquer en termes multifactoriels. Ainsi, des facteurs de risque (prédisposants, précipitants et perpétuants) et des facteurs de protection interviennent dans la problématique des troubles des conduites alimentaires (Pépin, 2004).

D'abord, il semble que chez la personne atteinte d'un trouble alimentaire, il y ait eu, au préalable, un « terrain fertile ». Cette prédisposition rend la personne plus vulnérable de développer ce trouble mental, mais ne garantit pas qu'elle en développera un. Par exemple, on parle de la présence d'un perfectionnisme, d'un besoin de plaire, d'une faible estime de soi, d'un milieu familial valorisant la performance, la minceur ou l'apparence, etc. (Petitpas & Jean, 2011). Ensuite, pour que le trouble apparaisse, il doit y avoir présence de facteurs précipitants, qui vont activer le trouble. Il peut s'agir du divorce des parents, du décès d'un proche, d'une première expérience sexuelle difficile, de critiques concernant l'apparence corporelle, etc. (Petitpas & Jean, 2011) Enfin, pour que ce dernier se maintienne ou évolue dans le temps, il doit également y avoir présence de facteurs perpétuant le trouble

alimentaire. Par exemple, on parle de commentaires positifs sur la perte de poids de la personne, d'une perception d'être soudainement devenue plus « populaire » auprès des gens de son milieu social, etc. (Petitpas & Jean, 2011) De plus, depuis quelques années, les recherches avancent l'idée de facteurs de protection, qui contribueraient à diminuer ou à bloquer les risques de troubles alimentaires. Il peut s'agir, notamment, d'une bonne capacité d'autonomie ou d'affirmation, des habiletés dans la maîtrise du stress, de la présence d'un milieu familial ou social soutenant, etc. (Petitpas & Jean, 2011). Selon Pomerleau et al. (2001, p. 51), « ce n'est qu'en tenant compte de l'interrelation entre tous ces éléments qu'on pourra mieux comprendre le rôle de chacun, dont l'importance varie d'une personne à l'autre ». La Figure 2 présente une modélisation de ces facteurs de risque et de protection, élaborée par Pépin (2004).

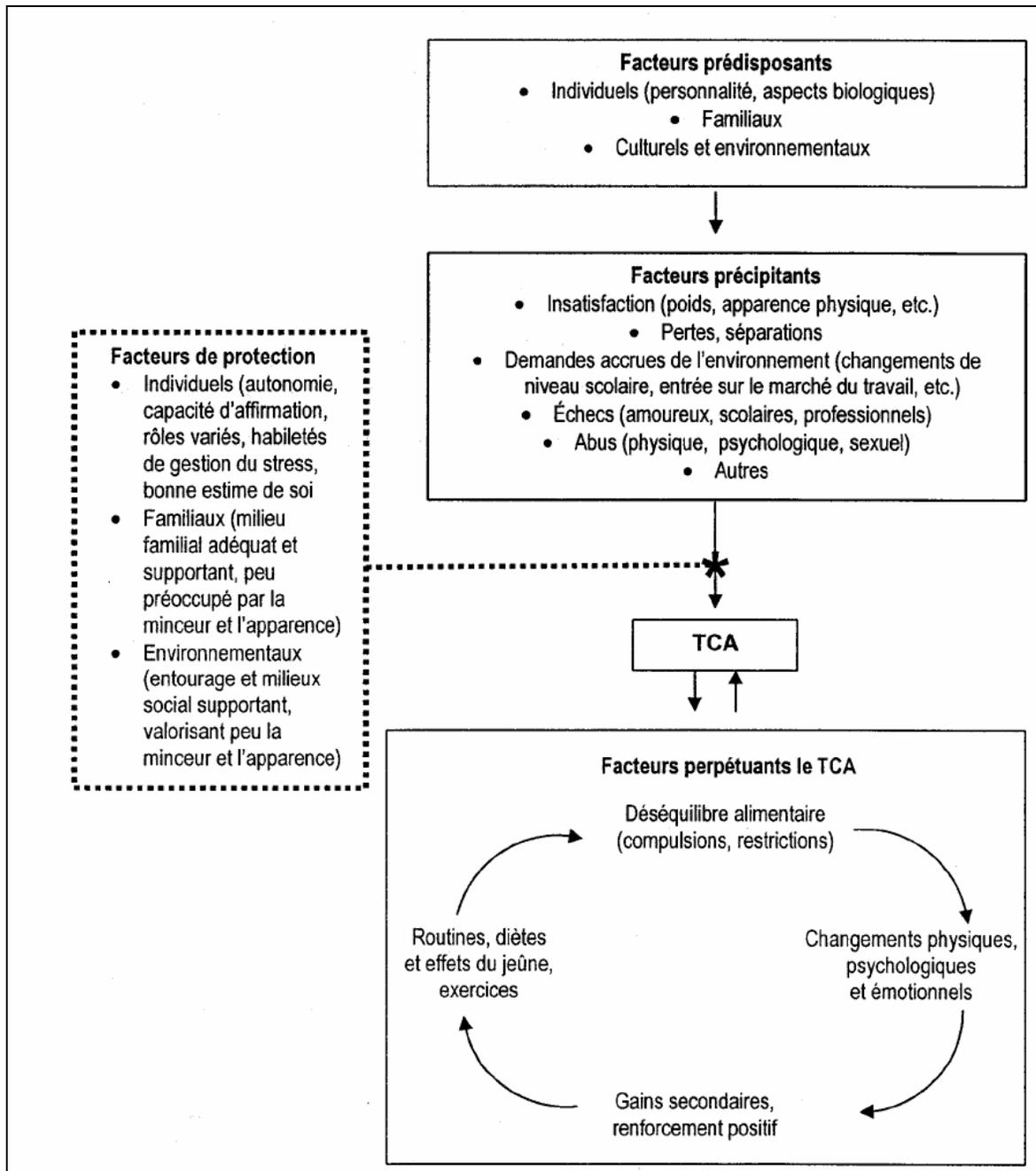


Figure 2. Mise en relation de l'expérience globale des troubles des conduites alimentaires de Pépin (2004)

1.1.5 Conséquences des troubles alimentaires sur la personne

Les troubles des conduites alimentaires peuvent avoir des conséquences importantes sur le plan de la santé physique et psychologique, sur le plan social et sur le plan économique. Le Tableau 1 présente un résumé des conséquences principales liées aux troubles des conduites alimentaires (adapté de Petitpas & Jean, 2011).

Tableau 1
Conséquences des troubles alimentaires sur les plans physique, psychologique, social et économique

Physiques	Psychologiques	Sociales	Économiques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ostéoporose précoce ▪ Atteinte des reins, du cœur ▪ Perte de cheveux ▪ Aménorrhée ▪ Trouble du sommeil ▪ Dentition détériorée ▪ Déséquilibre du système hydroélectrolytique ▪ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression ▪ Auto dévalorisation ▪ Obsession de l'image corporelle ▪ Anxiété, angoisse ▪ Idéations suicidaires ▪ Irritabilité ▪ Changements d'humeur ▪ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolement, retrait social ▪ Perte du réseau social ▪ Relations interpersonnelles difficiles ▪ Relations amoureuses difficiles ▪ Perte d'emploi ▪ Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coûts sociaux pour une hospitalisation ▪ Perte de revenus lors d'une hospitalisation ▪ Absentéisme au travail ▪ Coûts pour l'achat de produits diététiques, de laxatifs, de diurétiques ▪ Etc.

Selon Agras (2001), les personnes atteintes d'anorexie sont plus à risque de souffrir d'ostéoporose et d'ostéopénie, de problèmes cardiaques, de problèmes orthopédiques causés par des séances intensives d'entraînement combinées à des carences alimentaires. Également, les fonctions cognitives peuvent être compromises, les taux de fertilité sont moins élevés que dans la population générale et les difficultés liées à la grossesse et à l'accouchement sont fréquentes. Les risques de concomitance avec d'autres troubles de santé mentale sont aussi accrus.

Enfin, en plus de ces conséquences importantes, les taux de mortalité liés à l'anorexie sont les plus élevés de tous les troubles de santé mentale (Agras, 2001; Agras et al., 2004; Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007; Harris & Barraclough, 1998; Sullivan, 1995). Selon Agras (2001), la moitié de ces décès serait attribuable au suicide et l'autre moitié aux complications physiques de l'anorexie.

1.2 Recension des écrits

Afin de mesurer l'état des connaissances sur le sujet de la stigmatisation des troubles des conduites alimentaires, une recension des écrits a été réalisée⁵. Quatre thèmes ont émergé. D'abord, des chercheurs identifient des perceptions à l'égard des personnes atteintes d'un trouble alimentaire, négatives dans un premier temps, puis positives dans un deuxième temps. Des impacts négatifs de ces perceptions sont ensuite décrits chez les personnes atteintes de ce trouble mental. Enfin, en vue de contribuer à réduire la stigmatisation associée à ce trouble mental, des pistes de solutions sont avancées.

Avant de se lancer dans la description de ces thèmes, il convient de préciser que les textes qui ont été recensés portaient sur différents troubles alimentaires. Nulle part toutefois ils n'incluent l'obésité, qui est parfois considérée comme un trouble alimentaire. La stigmatisation des personnes vivant de l'obésité a été largement démontrée et fait partie d'un tout autre corpus d'études (Hebl, King, & Perkins, 2009; Price & Pecjak, 2003; Puhl & Heuer, 2009; Robinson, 2006; Rogge, Greenwald, & Golden, 2004). Le Tableau 2 vise à présenter les différentes études recensées, les années de publication et les troubles alimentaires qui sont pris en compte dans ces études.

⁵ La démarche documentaire réalisée dans cette étude comporte des mots-clés se rapportant aux concepts de trouble alimentaire et de stigmatisation. Concernant le premier, les mots-clés *Trouble du comportement alimentaire*, *Alimentation Comportement compulsif*, *Troubles de l'appétit*, *Anorexie*, *Boulimie*, *Eating disorders*, *Anorexia* et *Bulimia* ont été utilisés. Les mots-clés *Stigmatisation*, *Préjugés*, *Discrimination fondée sur l'apparence physique*, *Stigmatization*, *Stigma*, *Prejudices* et *Physical-appearance-based bias* ont été employés pour couvrir le deuxième concept. Également, les bases de données suivantes ont été consultées : *Social Services Abstracts*, *Social work abstracts*, *PsycINFO*, *Dissertation Abstract*, *Current Contents*, *ERIC*, *Francis*, *Google Scholars*, *AnthropologyPlus* et *Érudit*.

Tableau 2
Études recensées, années de publication et troubles alimentaires pris en compte

Étude	Année	Troubles alimentaires inclus
Branch & Eurman	1980	Anorexie
Crisafulli, Thompson-Brenner, Franko, Eddy, & Herzog,	2011	Anorexie
Crisafulli, Holle, & Bulik	2008	Anorexie
Crisp	2005	Anorexie et boulimie
Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer	2005	Anorexie et boulimie
Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands	2000	Anorexie et boulimie
Currin, Waller, & Schmidt	2009	Anorexie et boulimie
Demir	2007	Anorexie et boulimie
Evans, Hay, Mond, Paxton, Quirk, Rodgers, et al.	2011	Boulimie, hyperphagie boulimique et TCANS ⁶
Holliday, Wall, Treasure, & Weinman	2005	Anorexie
Ison, & Kent	2010	Anorexie, boulimie et TCANS
Katterman, & Klump	2010	Anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique et TCANS
Mond, Robertson-Smith, & Vetere	2006	Anorexie
O'Hara, & Smith	2007	Anorexie et boulimie
Rich	2006	Anorexie
Roehrig, & McLean	2009	Anorexie et boulimie
Shepherd, & Seale	2010	Anorexie, boulimie et troubles alimentaires
Stewart, Keel, & Schiavo	2006	Anorexie
Stewart, Schiavo, Herzog, & Franko	2008	Anorexie
Wingfield, Kelly, Serdar, Shivy, & Mazzeo	2010	Anorexie et boulimie

1.2.1 Les personnes tenues responsables du trouble alimentaire

Dans le même esprit que les études portant sur la stigmatisation des personnes ayant un trouble de santé mentale, des chercheurs se sont intéressés à la façon dont la société se représente les personnes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires (Crisafulli, Thompson-Brenner, Franko, Eddy, & Herzog, 2011; Crisp, 2005; Mond et al., 2006; Roehrig & McLean, 2009; Stewart, Schiavo, Herzog, & Franko, 2008; Wingfield, Kelly, Serdar, Shivy, & Mazzeo, 2010).

Ces recherches ont permis de dégager des perceptions négatives associées aux troubles des conduites alimentaires. L'élément qui ressort le plus souvent est le fait que les personnes affectées de ce trouble mental sont souvent tenues responsables de leur condition (*self-*

⁶ Trouble des conduites alimentaires non spécifié

control over their illness, only themselves to blame et self-inflicted), qu'elles pourraient se reprendre en main (*pull themselves together*) et qu'elles agissent de façon à recevoir de l'attention (*acting this way for attention*) (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000; Demir, 2007; Holliday, Wall, Treasure, & Weinman, 2005; Ison & Kent, 2010; Link & Phelan, 2001; Mond et al., 2006; Roehrig & McLean, 2009; Stewart et al., 2006; Wingfield et al., 2010). Par exemple, une enquête nationale menée en Angleterre en 1998 ($n = 1737$) et en 2003 ($n = 1711$) visait à comparer les troubles alimentaires avec six autres troubles de santé mentale (la dépression majeure, la phobie ou l'attaque de panique, la schizophrénie, la démence, l'alcoolisme et la dépendance aux drogues) (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000). Selon les résultats, entre le tiers et la moitié de la population anglaise affirme percevoir les personnes vivant un trouble alimentaire comme étant responsables de leur condition (*self-inflicted*), comme n'ayant qu'elles-mêmes à blâmer (*have only themselves to blame*) et que s'en sortir est une question de volonté (*could pull themselves together*). Également, Ison et Kent (2010, non paginé), dans leur étude qualitative réalisée auprès de 8 femmes âgées de 21 à 36 ans hospitalisées pour troubles des conduites alimentaires, rapportent les propos d'une participante qui traduit la façon dont les autres perçoivent les troubles alimentaires :

...it's girls who, spoilt little girls who have the opp-, who you know, can make the decision whether they want to eat or not... what the hell are you doing, you know, why are you choosing to do this to yourself, you know, and stop wasting people's time, stop wasting money of, you know the NHS's money of, you know, being treated.

Dans un deuxième temps, afin de relever la spécificité de chacun, certaines études se sont attardées à comparer les troubles alimentaires avec d'autres maladies physiques ou troubles mentaux (Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000; Demir, 2007; Katterman & Klump, 2010; Roehrig & McLean, 2009; Stewart et al., 2006; Stewart et al., 2008). Il en ressort que les

personnes atteintes d'un trouble alimentaire représenteraient moins de danger pour les autres, mais seraient plus à blâmer pour leur condition et pourraient davantage se reprendre en main avec de la volonté (Crisp et al., 2005; Stewart et al., 2006). Par exemple, elles seraient sujettes à plus d'attitudes stigmatisantes (*self indulgent, self inflicted, vain, and disgusting*) que les personnes vivant un trouble obsessionnel-compulsif, de la dépression ou de la schizophrénie (Katterman & Klump, 2010). Les personnes atteintes d'un trouble alimentaire seraient aussi perçues comme étant plus responsables de leur condition, plus fragiles et demanderaient plus d'attention que les personnes souffrant de dépression (Roehrig & McLean, 2009). Enfin, les personnes atteintes d'anorexie seraient plus sujettes à des préjudices et une discrimination que les personnes présentant une schizophrénie, une dépression et une mononucléose (Stewart et al., 2008). L'anorexie serait également perçue comme une maladie plus grave que les trois autres, selon la même étude.

Peu d'études cependant ont tenté de comparer les perceptions associées aux différents troubles alimentaires séparément (anorexie mentale, boulimie et trouble des conduites alimentaires non spécifié). La majorité des études répertoriées les a plutôt étudiés comme une catégorie uniforme (Crisp, 2005; Demir, 2007; Wingfield et al., 2010). Les résultats présentés dans ces études sont également peu concluants et varient considérablement, ce qui fait qu'il devient difficile de les comparer entre elles.

En lien avec le domaine professionnel, des perceptions négatives ont aussi été relevées des études recensées. Par exemple, Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) ont administré un questionnaire à 250 étudiantes universitaires. Selon leurs résultats, plus de 60 % des participantes ont mentionné qu'elles ne voudraient pas (14 %) ou qu'elles seraient ambivalentes (50 %) à l'idée d'interviewer une personne souffrant d'anorexie pour un emploi. Les résultats de cette étude suggèrent que les personnes atteintes d'un trouble alimentaire sont perçues comme étant peu productives économiquement et que, par conséquent, elles n'auraient pas la confiance des employeurs pour les embaucher.

À l'instar de plusieurs autres troubles mentaux, des recherches ont démontré que les membres de la population ressentent plus de difficultés à entrer en relation avec les

personnes vivant un trouble alimentaire (*hard to talk to*), à s'en faire des amis, ressentent moins d'empathie à leur égard, trouvent leurs comportements irritants et les sentent différentes d'eux (*feel different from us*) (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000; Demir, 2007; Mond et al., 2006; Rich, 2006; Stewart et al., 2008). Par exemple, selon les résultats de l'étude de Stewart et al. (2008), menée auprès de 80 étudiantes, la discrimination a été mise en évidence par le degré élevé d'inconfort à interagir avec les personnes souffrant d'anorexie, en comparaison avec les personnes souffrant de dépression ou d'une mononucléose. Selon Crisp et al. (2000), l'expression généralisée du fait que les personnes souffrant de troubles mentaux sont perçues comme étant « plus difficiles avec qui parler », « ne nous ressemblent pas » et « sont imprévisibles », contribue certainement à la distanciation et à l'isolement vécus par ces personnes.

Des recherches ont également démontré que les troubles alimentaires peuvent être pris à la légère (*trivialised*) ou ne pas être perçus comme un trouble mentale dont les conséquences peuvent être graves (Crisp, 2005; Holliday et al., 2005; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004; Mond et al., 2006; O'Hara & Smith, 2007; Roehrig & McLean, 2009; Shepherd & Seale, 2010; Wingfield et al., 2010). Par exemple, Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) et Mond, Hay, Rodgers, Owen et Beumont (2004) ont réalisé deux études, la première portant sur l'anorexie ($n = 250$) et la deuxième sur la boulimie ($n = 208$). Ils évaluent au tiers les répondants, des étudiantes universitaires britanniques pour la première et des femmes australiennes âgées de 18 à 45 ans pour la seconde, affirmant que ces deux troubles alimentaires ne sont pas si graves, étant donné la capacité de la personne à perdre beaucoup de poids (*might not be too bad to have this problem given that the person has been able to lose a lot of weight*). Également, selon l'étude nationale réalisée par Crisp et al. (2000), environ 90 % des répondants, des hommes et des femmes adultes britanniques, ont coté les résultats des traitements pour les troubles alimentaires comme étant bons. Selon les chercheurs, l'opinion générale des répondants du fait que les personnes atteintes d'un trouble alimentaire soient susceptibles de se rétablir est conséquente avec le fait que ce trouble mental est souvent pris à la légère.

En complément, Mond et al. (2006) ont mené des analyses pour savoir si le fait de connaître une personne atteinte ou qui a été atteinte d'un trouble alimentaire influence la perception que ces personnes ont des troubles alimentaires. Selon leurs conclusions, il semble que les répondants ($n = 250$) qui ont mentionné avoir un proche ayant souffert d'un trouble alimentaire aient été plus nombreux (63 %) à penser que ce trouble mental n'était pas si grave que les répondants n'ayant pas de proche qui ont souffert de cette problématique (46 %). Les résultats de l'étude de Crisp (2005) ajoutent aussi des informations intéressantes à ce sujet. Dans l'enquête nationale menée en Angleterre en 1998 ($n = 1737$) et en 2003 ($n = 1711$), connaître quelqu'un atteint d'un trouble alimentaire a été associé avec moins d'attitudes négatives à l'égard de ces personnes. Dans une autre étude, Holliday et al. (2005) ont distribué un questionnaire à 95 personnes aux prises avec l'anorexie ($M = 28$ ans) et à 80 personnes du public afin de comparer leurs perceptions au sujet de l'anorexie. Les personnes anorexiques ont perçu leur maladie comme étant une condition chronique associée à des conséquences négatives importantes, un état de détresse émotionnelle important et un pronostic faible. Les répondants du public, quant à eux, ont été plus optimistes au sujet du rétablissement de l'anorexie, qu'ils ont perçue comme étant moins chronique et significativement plus contrôlable et traitable. De plus, connaître une personne atteinte d'anorexie n'a pas influencé la perception de ce trouble mental chez les répondants du public. Ces données suggèrent que les troubles alimentaires peuvent être pris à la légère ou ne pas être perçus comme un trouble de santé mentale grave de la part du public.

Enfin, quelques études ont évalué les attitudes des professionnels de la santé à l'égard des personnes atteintes d'un trouble alimentaire (Album & Westin, 2008; Currin, Waller, & Schmidt, 2009; Evans et al., 2011; Morgan, 1999). Par exemple, Currin et al. (2009) ont mené une étude ($n = 82$) sur les attitudes et les connaissances associées aux troubles alimentaires chez les médecins de première ligne spécifiquement. Les chercheurs se sont basés sur la littérature spécialisée et sur le *National UK Protocol for the Management of Eating Disorders in Primary Care* pour affirmer que les connaissances médicales sur les troubles alimentaires des médecins participants étaient variables et certaines caractéristiques de la maladie relevant de la première ligne étaient largement inconnues. En

fait, sur un maximum de 18 bonnes réponses à propos des troubles alimentaires, les médecins de première ligne ont eu des scores allant de 2 à 13 ($M = 7,2$). Selon les chercheurs, la rareté des troubles alimentaires pourrait expliquer cette donnée. De plus, la prévalence de la boulimie a été sous-estimée et celle de l'anorexie surestimée, avec comme conséquence que seulement 1 patient présentant des symptômes de boulimie sur 10 a été diagnostiqué correctement par les médecins participants. Enfin, la vaste majorité des médecins participants sont pessimistes à propos du pronostic de l'anorexie, qu'ils jugent comme étant une maladie chronique avec un faible pronostic. Les conclusions vont dans le sens du besoin d'amélioration des connaissances des médecins de première ligne. Une décennie avant, Morgan (1999) a obtenu des résultats similaires à ceux de Currin et al. auprès d'un échantillon de gynécologues ($n = 115$). Ses résultats indiquent que 31 % des médecins participants ont une perception négative des personnes atteintes d'un trouble alimentaire. Ils ont perçu l'anorexie et la boulimie comme étant « abnormal behavior in the context of a weak, manipulative or inadequate personality » (p. 234).

1.2.2 L'admiration et l'envie, des attitudes uniques aux troubles alimentaires

Outre les perceptions négatives relevées dans les écrits, telles que la responsabilité individuelle, le blâme et le contrôle sur la maladie, les études recensées font également état d'attitudes positives uniques aux troubles alimentaires, telles que l'envie et l'admiration. Les résultats de la plupart des études répertoriées présentent à la fois des perceptions négatives et des perceptions positives liées aux troubles alimentaires, démontrant de ce fait l'ambivalence associée à ce trouble mental autant dans la population générale que chez les personnes affectées (Vitousek, Watson, & Wilson, 1998).

Parmi les perceptions positives répertoriées dans la littérature, des chercheurs ont relevé le fait que les personnes aux prises avec un trouble alimentaire sont perçues comme ayant un contrôle et une discipline leur permettant de maintenir ou de perdre du poids et que ce contrôle est admirable, voire enviable (Branch & Eurman, 1980; Crisp, 2005; Katterman & Klump, 2010; Mond et al., 2006; Roehrig & McLean, 2009). Par exemple, les résultats de

l'étude nationale présentée par Crisp (2005) indiquent que les répondants (des hommes et des femmes âgés de 16 et plus), au lieu de voir la souffrance associée aux stratégies constantes de contrôle de l'apport alimentaire et l'isolement qui en découle, envient parfois le contrôle dont font preuve ces personnes. De plus, pour ces chercheurs, les troubles alimentaires peuvent être associés à l'ascétisme et en ce sens commander le respect et la révérence de la part du public, outrepassant ainsi les désavantages sociaux découlant de ce trouble mental. Dans cette optique, avoir un trouble alimentaire est perçu positivement, voire envié. Roehrig et McLean (2009) abondent dans le même sens dans leur étude comparant les attitudes à l'égard des personnes atteintes d'un trouble alimentaire et celles à l'égard des personnes souffrant de dépression ($n = 118$). Ainsi, une grande majorité des participants, des étudiants universitaires en psychologie, ont admis ressentir de l'admiration envers les personnes présentant un trouble alimentaire du fait qu'elles étaient capables de contrôler leur alimentation et de faire de l'exercice tous les jours. Selon ces chercheurs, cet énoncé suggère que les participants ignorent ou minimisent les symptômes plus sérieux et les conséquences médicales importantes des troubles alimentaires. Ils considèrent la capacité à contrôler l'alimentation et à faire de l'exercice de façon isolée.

Également, des chercheurs ont mis en lumière le fait que les médias présentent souvent les troubles alimentaires comme étant des problèmes de célébrités (*problems of celebrities*), associés à la gloire, à la beauté et à l'abondance (Katterman & Klump, 2010; Levitt, 1997; O'Hara & Smith, 2007; Shepherd & Seale, 2010; Striegel-Moore & Franko, 2003). Par exemple, O'Hara et Smith (2007) ont mené une analyse de contenu de 210 articles traitant des troubles alimentaires. Leurs résultats indiquent que ce sujet se retrouve la plupart du temps dans la section des arts et du divertissement et est souvent traité de façons simpliste et sensationnaliste (*simplified and sensationalized*). Selon les chercheurs, alors que les troubles de santé mentale en général se retrouvent souvent dans les sections nationales ou locales des journaux (Corrigan et al., 2005), les articles analysés établissent un lien entre les troubles alimentaires et l'industrie du divertissement. Selon Levitt (1997, p. 181), « There may be a danger in portraying highly attractive characters who use eating disordered behaviors to regulate their weight ». En plus d'encourager certains comportements liés aux troubles alimentaires, de telles associations peuvent également contribuer à présenter ces

troubles mentaux graves comme étant des problèmes de célébrités, dont les conséquences sont négligeables et qui ne touchent qu'une certaine catégorie de personnes (O'Hara & Smith, 2007). Katterman et Klump (2010), qui ont étudié l'impact du visionnage du sitcom américain *Starved*⁸ sur les attitudes stigmatisantes et les stéréotypes véhiculés par les participantes ($n = 89$) viennent toutefois nuancer ces conclusions. Selon eux, le fait de visionner ce sitcom ne semble pas avoir augmenté les attitudes et les stéréotypes stigmatisants envers les troubles alimentaires. Cependant, selon les chercheurs, la « *glamorization* » des troubles alimentaires pourrait avoir la conséquence problématique et dangereuse de rendre ces troubles mentaux plus « attirants » aux yeux de la population et des personnes qui en souffrent.

Dans le même ordre d'idées, les journaux peuvent également contribuer à banaliser ces troubles de santé mentale graves. L'analyse de contenu effectuée par O'Hara et Smith (2007) conclut que les journaux américains analysés présentent les troubles alimentaires d'une façon à renforcer la perception publique que ceux-ci sont une simple condition sociale avec une étiologie, une épidémiologie et une gravité limitées, vision qui contraste avec celle des professionnels de la santé. Selon les chercheurs, les articles ont tendance à exhiber ces troubles mentaux comme des problèmes de femmes, de jeunes et de Caucasiens. Les chercheurs concluent que les articles ne présentaient pas les troubles alimentaires comme un trouble de santé mentale grave requérant souvent un traitement professionnel long et complexe. Ils étaient également plus optimistes sur son rétablissement que les taux trouvés dans la littérature biomédicale et présentaient celui-ci de façon polarisée (rétabli ou non). Shepherd et Seale (2010), dans la continuité de l'étude d'O'Hara et Smith (2007), ont effectué une analyse de contenu d'articles traitant des troubles alimentaires dans la presse anglaise ($n = 3583$) dans l'optique de comparer le traitement accordé à ce trouble mental dans la presse anglaise et dans la presse étasunienne. Leurs

⁸ En 2005, un sitcom nommé *Starved* a été diffusé à la télévision aux États-Unis suivant la vie de 4 personnes vivant un trouble alimentaire (une femme se rétablissant d'anorexie, un homme vivant de l'hyperphagie boulimique, un homme vivant de la boulimie et un homme vivant un trouble alimentaire non spécifié). Le sitcom *Starved* présente une variété de comportements associés aux troubles alimentaires (par ex. les crises de boulimie, la restriction alimentaire, les vomissements) qui sont fréquemment ridiculisés ou minimisés (p.154).

conclusions indiquent qu'autant dans la presse anglaise que dans la presse étasunienne, une association constante entre les troubles alimentaires et les « jeunes femmes blanches et célèbres » a été relevée. Toutefois, les complications cliniques de ces troubles mentaux, les traitements et le rétablissement sont plus sujets à être rapportés dans la presse anglaise que dans la presse étasunienne. Les troubles alimentaires y sont plus souvent rapportés comme étant une maladie sérieuse requérant un traitement médical. La presse anglaise est également plus pessimiste à propos du rétablissement d'un trouble alimentaire que la presse étasunienne.

1.2.3 La honte et le secret comme impacts des perceptions négatives

Selon les études recensées sur la stigmatisation des troubles des conduites alimentaires, ceux-ci évoquent à la fois des perceptions négatives et des perceptions positives liées à ce trouble mental. La complexité et la dualité des perceptions associées aux troubles alimentaires peuvent faire en sorte que les impacts sur les personnes qui souffrent de ces troubles mentaux sont importants. La recension des écrits a fait ressortir des impacts négatifs de ces perceptions sociales chez les personnes atteintes d'un trouble alimentaire (Crisafulli, Holle, & Bulik, 2008; Crisafulli et al., 2011; Crisp, 2005; Hackler, 2007; Ison & Kent, 2010; Rich, 2006; Roehrig & McLean, 2009; Stewart et al., 2008; Wingfield et al., 2010).

En premier lieu, des recherches ont démontré que les personnes souffrant d'un trouble alimentaire ressentent de la honte et de la culpabilité résultant en un sentiment d'incompréhension et d'isolement et une diminution de leur estime personnelle (Crisp, 2005; Giles, 2006; Ison & Kent, 2010; Rich, 2006; Skårderud, 2007; Stewart et al., 2006; Wingfield et al., 2010). Selon les écrits recensés, il est difficile de déterminer si ces sentiments sont également partagés par les gens atteints d'anorexie et ceux atteints de boulimie puisque plusieurs études ne font pas la distinction de ces troubles dans leur méthodologie. Néanmoins, deux études qualitatives menées en Angleterre ont fait ressortir le fait que les personnes traitées pour trouble alimentaire se sentent incomprises et isolées de leurs proches (Ison & Kent, 2010; Rich, 2006). Rich (2006) a mené une étude de type

ethnographique auprès de filles âgées de 11 à 17 ans hospitalisées pour anorexie ($n = 7$). Ison et Kent (2010), quant à eux, ont réalisé des entrevues semi-structurées auprès de patientes de 21 à 36 ans recevant les services externes d'un centre de traitement pour anorexie, boulimie ou troubles des conduites alimentaires non spécifiés ($n = 8$). Les participantes des deux études ont rapporté se sentir incomprises et isolées: « You know they don't really want to know what I think, because they're like 'why can't you eat?' and I'm like 'why can't you understand?'... It's really really frustrating... » (Rich, 2006, p. 292) et « I think there is an awful lot of stigma attached to mental illness, and again a lot of misunderstanding and a lot of ignorance » (Ison & Kent, 2010, non paginé).

Les recherches recensées démontrent également que le fait que les troubles alimentaires soient souvent minimisés ou ne soient pas pris au sérieux a des impacts sur les personnes concernées. Les propos d'une participante illustrent cet aspect :

People were quite dismissive of it and kind of, 'oh yeah, you've, yeah you're a bit thin', you know and it wasn't until I was really thin that anyone actually kind of went 'ok, maybe there is something wrong' you know, and you just think, I, I think part of me thought, at one point I've got to get worse, to be even noticed because no-one's, I've got to be this bad, before anyone will see me you know (Ison & Kent, 2010, non paginé).

Les participantes à l'étude de Rich (2006) ont aussi déploré le fait que l'accent était mis sur l'augmentation ou la diminution du poids au lieu d'être mis sur les dimensions sociales et émotionnelles des troubles alimentaires, comme si leur santé et leur bien-être étaient simplement une question de poids. Selon la chercheuse, le discours public et biomédical produit un langage par lequel le trouble alimentaire est « reconnaissable », laissant de côté les personnes dont le poids est « normal », mais qui présentent tout de même des problèmes associés à ce trouble mental. Cet accent mis sur les dimensions « visuelles » des troubles alimentaires peut réduire l'anorexie à ce que Warin (2004, p. 95) nomme « le spectacle de la minceur ».

Les études recensées ont également fait ressortir le fait que ce sentiment d'incompréhension et d'isolement génère du secret et du déni qui contribuent à diminuer les habiletés à entrer en communication avec l'entourage des personnes atteintes d'un trouble alimentaire :

It [her eating disorder] was not something that was talked about... They [teachers] could have told people about it, and informed them about what it meant. Because I used to get bullied for being anorexic, and I knew that people must be talking about it because people I didn't even know used to look at me really strangely and talk about me behind my back (Rich, 2006, p. 292).

Selon Rich (2006), le fait de sentir que l'anorexie n'est pas comprise par leur entourage encourage les participantes à trouver des contextes différents où elles peuvent trouver du réconfort et du soutien, habituellement auprès d'autres personnes atteintes d'un trouble alimentaire, de qui elles se sentent comprises. Ces relations amicales peuvent avoir l'effet pervers de maintenir la personne dans le trouble alimentaire, mais elles peuvent aussi aider les personnes affectées à résister aux effets négatifs associés aux perceptions et aux commentaires de l'entourage.

Ensuite, la honte, le blâme, le sentiment de culpabilité, le secret et le déni causés par les perceptions négatives sur les troubles alimentaires peuvent aussi amener, chez les personnes affectées, une réticence à consulter ou une tendance à minimiser la gravité de leurs symptômes lorsqu'elles consultent (Becker, Franko, Nussbaum, & Herzog, 2004; Crawford, 1997; Evans et al., 2011; Hackler, 2007; Hepworth & Paxton, 2007; Skårderud, 2007; Stewart et al., 2006; Xu, 2007). Par exemple, Stewart et al. (2006) ont demandé à 91 piétons américains (échantillon accidentel) de répondre à un questionnaire sur leurs perceptions des troubles alimentaires. Les auteurs concluent que les perceptions négatives à l'égard des personnes atteintes d'anorexie peuvent contribuer à leur réticence à consulter. Il est aussi possible de poser l'hypothèse que plusieurs ne consultent pas parce qu'elles souhaitent « rester » dans l'anorexie, qu'elles perçoivent comme une source de valorisation et de supériorité.

Des chercheurs ont également étudié les impacts négatifs provenant de l'entourage (Crisp, 2005; Crisp et al., 2000; Holliday et al., 2005; Mond et al., 2006). Ainsi, selon leurs résultats, les personnes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires attirent plus de blâme, plus de colère et moins de comportements d'aide et d'empathie de la part de leur entourage. Par exemple, Crisp, et al. (2000) ont interviewé 1 737 hommes et femmes âgés de plus de 16 ans à propos de leurs perceptions des troubles des conduites alimentaires. Leurs résultats suggèrent que les personnes atteintes d'un trouble alimentaire attirent moins de peur, mais plus de blâme que les autres troubles mentaux étudiés (la dépression majeure, la phobie ou l'attaque de panique, la schizophrénie, la démence, l'alcoolisme et la toxicomanie).

Enfin, des recherches ont démontré que les perceptions sociales des troubles alimentaires peuvent également toucher les familles des personnes affectées (Dimitropoulos, Carter, Schachter, & Woodside, 2008; Highet, Thompson, & King, 2005; Whitney, Haigh, Weinman, & Treasure, 2007; Whitney et al., 2005). Les familles dont un membre souffre d'un trouble alimentaire peuvent percevoir un manque de compréhension de la part de l'entourage et se sentir blâmées pour la situation de leur proche. La famille peut ainsi se retrouver isolée d'un réseau de soutien dont elle aurait besoin pour traverser la maladie de son proche: « When she was very thin and we were all out together, I got very angry when people would stop and stare at her, nudge their companion to look as well » (Un père d'une fille vivant de l'anorexie, cité dans Whitney et al., 2005, p. 446). Dans l'étude de Dimitropoulos et al. (2008), menée auprès de 63 familles de personnes hospitalisées pour anorexie, le stigmatisme associé aux troubles alimentaires s'est avéré être un élément incitant les membres de la famille à diminuer leurs contacts sociaux à l'extérieur de la famille afin d'éviter d'être blâmés pour l'anorexie de leur proche et de subir la honte associée à ce trouble mental. D'un point de vue clinique, il est également possible de poser l'hypothèse que la peur de la stigmatisation de la famille devant l'appareil médical puisse l'amener à retarder la consultation médicale, et ce, particulièrement chez les professionnels de la santé

dont un enfant présente un trouble alimentaire. La peur d'être jugés incompetents peut aussi pousser ces professionnels à consulter loin de leur lieu de résidence.

1.2.4 L'information et la sensibilisation comme pistes de solution

Devant ces constats, des chercheurs ont proposé des pistes de solutions afin de contribuer à réduire la stigmatisation vécue par les personnes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Hepworth & Paxton, 2007; Mond et al., 2006; Wingfield et al., 2010). Parmi celles-ci, l'idée de mieux informer la population sur les troubles alimentaires est ressortie. Les chercheurs ont insisté sur le fait que les messages destinés à la population générale devraient présenter l'anorexie comme un trouble complexe dont les causes sont multiples (biologiques, génétiques, psychologiques et sociales) et que le trouble des conduites alimentaires n'est pas un choix, qu'en souffrir n'est pas la faute de la personne (Crisafulli et al., 2008; Crisafulli et al., 2011; Crisp, 2005; Ison & Kent, 2010). Également, l'éducation de la population est essentielle et devrait inclure des connaissances sur le trouble alimentaire comme tel, mais aussi des informations sur la façon de venir en aide aux personnes concernées (Crisp, 2005).

De plus, selon Mond et al. (2006), l'exposition à de l'information au sujet de l'anorexie au moyen des médias (télévision et cinéma) a été associée à des perceptions moins négatives à l'égard des personnes qui en souffrent. Bien que les chercheurs se disent étonnés de cette conclusion, ils avancent que les médias peuvent, dans certains contextes, s'avérer une source efficace d'informations afin de diminuer les perceptions faussées de ces troubles mentaux.

Une autre piste de solution avancée est de mettre en place des campagnes de sensibilisation (Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000; Hepworth & Paxton, 2007; O'Hara & Smith, 2007; Wingfield et al., 2010). Par exemple, Hepworth et Paxton (2007), dans une étude auprès de 63 femmes de 18 à 62 ans souffrant ou ayant souffert de boulimie, concluent à l'importance

de mettre en place des campagnes de sensibilisation visant à réduire l'autostigmatisation¹⁴ (*self-stigma*) et la stigmatisation perçue chez les personnes qui souffrent de ce trouble mental et à améliorer les interventions auprès de cette clientèle.

Également, à la suite de l'étude nationale réalisée en Grande-Bretagne en 1998 (Crisp et al., 2000), une campagne de sensibilisation (*Changing Minds: Every Family in the Land*) a été mise en place afin de diminuer la stigmatisation envers les personnes souffrant de 7 troubles mentaux, dont les troubles alimentaires. Cinq années après la première étude nationale, celle-ci a été répétée¹⁵ afin de savoir si la campagne de sensibilisation avait eu des effets positifs sur la stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles mentaux (Crisp et al., 2005). Selon les auteurs, les résultats obtenus durant la deuxième étude ressemblent à ceux obtenus durant la première étude. Cependant, certains changements significatifs ont été observés. D'abord, entre 1998 et 2003, une diminution, quoique parfois petite, des opinions négatives à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux a été mesurée pour presque tous les thèmes examinés (« est un danger pour les autres », « est imprévisible », « est difficile avec qui parler », « semble différent de nous », « n'a que lui-même à blâmer », « pourrait se reprendre en mains », « ne s'en rétablira pas s'il n'est pas traité », « ne s'en rétablira jamais complètement »). Ensuite, concernant les troubles alimentaires spécifiquement, une diminution des opinions négatives a été observée pour ce qui est des énoncés « est imprévisible » (29 à 27 %), « est difficile avec qui parler » (38 à 33 %), « semble différent de nous » (49 à 33 %), « n'a que lui-même à blâmer » (34 à 33 %) et « pourrait se reprendre en mains » (38 à 35 %). Finalement, les répondants âgés de 16 à 19 ans sont ceux qui ont manifesté en plus grand nombre des opinions négatives à l'égard de presque tous les troubles mentaux, dont les troubles alimentaires. Ainsi, les auteurs concluent que, de façon générale, la stigmatisation est présente dans la population anglaise, mais que les différents troubles mentaux ne sont pas stigmatisés de la même manière et aux mêmes degrés. Ils affirment que les prochaines campagnes de

¹⁴ Intériorisation des croyances stigmatisantes présentes dans la société (Hepworth & Paxton, 2007).

¹⁵ Il n'est pas mentionné dans les articles consultés si les personnes sondées étaient les mêmes en 1998 et en 2003.

sensibilisation devraient prendre en considération ces différences, aborder les différents troubles mentaux de façon spécifique et s'adresser particulièrement aux jeunes adultes.

Les études de O'Hara et Smith (2007) et de Wingfield et al. (2010) viennent appuyer ces conclusions au sujet du besoin d'informer la population sur ces troubles mentaux et sur leur sévérité. Ils ajoutent cependant que les campagnes de sensibilisation devraient présenter des personnes de différentes ethnies, de sexe masculin et féminin et de tout âge atteintes d'un trouble alimentaire afin de sensibiliser la population au fait que ce trouble mental n'est pas qu'une maladie de « jeune femme blanche », dont il serait relativement facile de se rétablir.

1.3 Limites des recherches actuelles

Plusieurs limites méthodologiques peuvent être relevées des études actuelles. D'une part, il faut dire que bien que beaucoup de recherches aient traité de la stigmatisation vécue par les personnes ayant un trouble de santé mentale, encore peu se sont intéressées à la situation des personnes atteintes d'un trouble des conduites alimentaires spécifiquement. De plus, parmi celles-ci, une seule a utilisé une méthodologie permettant de généraliser les résultats à l'ensemble de la population, soit celle du *Royal College of Psychiatrists*, en Angleterre (Crisp, 2005). La limite principale des recherches actuelles est donc qu'elles sont peu nombreuses et basées sur des échantillons petits et non représentatifs, souvent restreints géographiquement.

D'autre part, les instruments de mesure utilisés par les différents chercheurs varient beaucoup d'une étude à l'autre, ce qui limite les comparaisons possibles. Plusieurs n'ont pas été validés scientifiquement et d'autres ont utilisé des questionnaires auto-administrés, ce qui fait que les participants ont pu ne pas comprendre la question sans que les chercheurs ne puissent la clarifier. Enfin, il est parfois difficile de déterminer si les résultats obtenus démontrant la stigmatisation des troubles alimentaires sont propres à ce trouble mental ou s'ils pourraient plutôt être liés à la perception des troubles de santé mentale en général.

Enfin, tel qu'il a été mentionné précédemment, plusieurs études ne distinguent pas les différents troubles alimentaires dans leurs devis de recherche. Pourtant, l'anorexie, la boulimie ainsi que le trouble des conduites alimentaires non spécifié sont des troubles de santé mentale très différents les uns des autres qui entraînent peut-être des stigmates différents. C'est du moins une hypothèse qu'il conviendrait de tester.

Bien que cette recherche ne puisse corriger toutes ces limites, elle a tout de même tenté d'en pallier certaines. D'abord cette étude prend en considération différentes variables dont l'influence a été peu mesurée précédemment auprès d'une population étudiante universitaire : l'âge, le sexe, le domaine d'études, le degré de connaissance de l'anorexie et le degré de proximité du répondant avec la problématique. Ensuite, cette étude se penche sur la perception des répondants non seulement à l'égard des personnes affectées mais également à l'égard de leur famille. Ces deux particularités de cette étude contribuent à fournir des résultats originaux pour commencer à décrire le phénomène de la stigmatisation des personnes atteintes d'anorexie ainsi que de leur famille auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires québécois.

1.4 Pertinence scientifique et sociale

D'un point de vue scientifique, un premier problème spécifique de recherche concerne ce que Chevrier (2003) nomme l'absence totale ou partielle de connaissances. Des études nationales anglaises et étasuniennes ont démontré que plusieurs personnes ayant un trouble des conduites alimentaires sont sujettes à la stigmatisation (Crisp et al., 2005; Mond et al., 2006; Stewart et al., 2006). Au Canada et au Québec, aucune étude de ce type n'a été réalisée à ma connaissance. Il est donc impossible à l'heure actuelle de savoir si la situation est la même pour les Canadiens ou les Québécois atteints d'un trouble des conduites alimentaires. Il est également difficile de savoir si les conclusions des recherches antérieures menées dans d'autres pays peuvent être généralisées à la situation particulière du Canada ou du Québec (Chevrier, 2003). Cette étude apporte donc un éclairage

intéressant en ce sens, en interrogeant des étudiants universitaires québécois sur leurs attitudes et leurs perceptions à l'égard de l'anorexie.

Un autre problème spécifique de recherche vient du fait que certaines variables n'ont pas été prises en compte dans les recherches (Chevrier, 2003). Ainsi, le fait de considérer l'âge, le sexe, le domaine d'études, le niveau de connaissance de l'anorexie et le degré de proximité avec la problématique des répondants, variables qui ont été peu intégrées dans les études recensées, est également une originalité de cette recherche, de même que le fait d'interroger les répondants sur leurs perceptions de la famille d'une personne atteinte de l'anorexie. Ces nouvelles variables s'avèrent importantes pour l'avancement des connaissances scientifiques sur le sujet.

Sur le plan social, l'Organisation mondiale de la Santé affirme que « l'obstacle le plus important [pour sensibiliser la population] est la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement, ainsi que la discrimination qui lui est associée » (2001, p. 101). La recension des écrits a permis de constater que la stigmatisation a des conséquences négatives importantes sur les personnes qui en sont victimes. Entre autres, le fait d'être victimes de stigmatisation peut décourager les personnes à consulter, et ce, même si des ressources spécialisées sont disponibles : « Même dans les pays où ces services existent de longue date, moins de la moitié de ceux qui en auraient besoin y font appel, notamment parce qu'ils redoutent la stigmatisation dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement » (Organisation mondiale de la Santé, 2001, p. 53). Bien que la stigmatisation ne puisse être considérée comme la seule raison qui fasse en sorte que des personnes ne consultent pas (on peut penser notamment au manque de disponibilité des services, au manque d'ajustement des services ou au manque de ressources économiques), force est de constater que celle-ci demeure néanmoins un obstacle majeur à surmonter pour les personnes concernées.

De plus, les taux de mortalité liés à l'anorexie sont les plus élevés de tous les troubles de santé mentale (Agras, 2001; Agras et al., 2004; Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007; Harris & Barraclough, 1998; Sullivan, 1995) et ces troubles mentaux représentent la

troisième maladie chronique la plus fréquente chez les adolescentes (Adolescent Medicine Committee & Canadian Paediatric Society, 1998). En ce sens, ils représentent un problème de santé publique majeur. Il est donc important de trouver des moyens pour favoriser la demande d'aide des personnes qui en sont affligées. La présente étude se veut un pas dans cette direction en mesurant les attitudes et les perceptions de l'anorexie dans un échantillon d'étudiants québécois. Ces nouvelles connaissances scientifiques pourraient aider à mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'information qui soient plus efficaces et plus ciblées (par exemple dans les milieux collégiaux et universitaires où l'on retrouve une forte proportion des personnes qui présentent de tels troubles). Connaître la réalité de ces personnes peut également être pertinent afin d'améliorer les interventions leur étant destinées.

Chapitre 2 | Cadre conceptuel

La section suivante présente le cadre conceptuel de cette étude. Celle-ci s'appuie sur le concept de stigmatisation.

2.1 La stigmatisation

Depuis la première conceptualisation de la stigmatisation par le sociologue Erving Goffman (1963), de nombreuses recherches ont été menées dans cette perspective. Entre les années 1965 et 2004, le nombre d'articles traitant de ce sujet est passé de 603 à 2321 sur la base de données *PsychInfo*. Ce concept a été appliqué à une multitude de situations vécues, notamment, par les personnes ayant des troubles mentaux (Angermeyer et al., 2004; Crisp et al., 2000; Feldman & Crandall, 2007; Liggins & Hatcher, 2005), vivant avec le Sida/VIH (Block, 2009; Emler, 2006) et itinérantes (Phelan, Link, Moore, & Stueve, 1997). Également, des études se sont intéressées à la stigmatisation des personnes faisant usage de tabagisme (Scheffels, 2009) et présentant un surpoids (Annis, Cash, & Hrabosky, 2004; Bacardi-Gascón, Leon-Reyes, & Jiménez-Cruz, 2007; Hilbert, Rief, & Braehler, 2008; Puhl & Heuer, 2009; Rogge et al., 2004).

2.1.1 Les définitions et les critiques du concept de stigmatisation

Le terme stigmaté est un mot grec datant de 1406 et signifie « piqûre, point » (Le Robert, 2010). Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2010 lui reconnaît quatre définitions. Il est d'abord une blessure, une cicatrice, une marque miraculeuse, disposée sur le corps comme les cinq blessures du Christ. Il est également une marque laissée sur la peau (par une plaie, une maladie). Anciennement, il désignait une marque imprimée au fer rouge sur le corps comme châtiment. Enfin, sur le plan littéraire, il désigne une marque, un signe qui révèle un état de détérioration.

Ce sont les Grecs qui ont inventé le terme pour désigner des « marques corporelles destinées à exposer ce qu'avait d'inhabituel et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée » (Goffman, 1975, p. 11). Erving Goffman (1963), au vingtième siècle, reprend ce concept et lui donne sa première définition moderne. Dans son ouvrage *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, auquel plusieurs chercheurs contemporains réfèrent, il définit le stigmaté comme étant un « attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975, p. 13). Suivant les travaux de Goffman, plusieurs chercheurs ont proposé une définition de ce concept. Par exemple, Crocker, Major et Steele (1998, p. 505) affirment que la stigmatisation survient lorsqu'une personne possède ou est réputée posséder « some attribute or characteristic that conveys a social identity that is devalued in a particular social context ». Stafford et Scott (1986, p. 80), quant à eux, définissent le stigmaté comme étant « a characteristic of persons that is contrary to a norm of a social unit ». L'Organisation mondiale de la Santé (2001, p. 17), de son côté, définit la stigmatisation comme étant « l'action de flétrir ou [de] condamner un individu en le rejetant, en lui imposant une discrimination et en l'excluant de différents domaines de la société ».

La plupart des chercheurs dans le domaine de la stigmatisation présentent celle-ci comme une construction sociale variant considérablement en fonction du temps et de la culture (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984; Major & O'Brien, 2005). Certains chercheurs évolutionnistes, toutefois, ont élaboré une liste d'attributs communément stigmatisés à travers les différentes cultures (Kurzban & Leary, 2001; Neuberg, Smith, & Asher, 2003; Park, Faulkner, & Schaller, 2003). Selon les tenants de cette théorie, ces attributs marquent le signal qu'une personne a) est un partenaire inadéquat pour les échanges sociaux (par exemple, un prisonnier), b) est porteuse d'un parasite (par exemple, un handicap physique)

ou c) est membre d'un groupe opposant qui peut être exploité aux fins du groupe d'appartenance.

Par contre, l'abondance de recherches sur le sujet de la stigmatisation a eu l'effet d'entraîner diverses confusions quant à sa clarté. Selon Link et Phelan (2001), la notion de stigmaté est définie de façon différente par les chercheurs. Chacun semble y aller de sa propre définition, de la plus simple à la plus complexe. Certains parlent de norme (Stafford & Scott, 1986), d'identité sociale (Crocker et al., 1998), de stéréotype (Jones et al., 1984). Plusieurs chercheurs ne donnent même aucune définition, semblant se référer à quelque chose « implicitement » connu de tous. Nombreux, enfin, reprennent la définition initiale de Goffman et y ajoutent des dimensions particulières, telles que la discrimination (Link & Phelan, 1999). Link et Phelan (2001) attribuent cette grande variation du concept de stigmaté au fait qu'il est appliqué à un éventail de situations très différentes les unes des autres et que les recherches sur ce concept sont multidisciplinaires, le point de vue changeant selon la discipline. C'est peut-être ce qui explique que plusieurs reviennent à la définition proposée initialement par Goffman, et ce, même si les connaissances sur le sujet ont avancé depuis.

Un autre élément contribuant à la confusion vient du fait que certains concepts sont utilisés de façon interchangeable, sans qu'il en soit donné une définition précise. Par exemple, les termes stigmaté, stigmatisation, discrimination, déviance, étiquetage sont parfois utilisés pour décrire le même phénomène. Une clarification en ce sens est également nécessaire. À ce sujet, Jones et al. (1984) ont avancé une solution partielle à ce problème de vocabulaire. Ils ont choisi le terme « marque » comme « a generic designation covering the range of conditions indicators that may give rise to the stigmatizing process » (p. 8) à cause de sa neutralité et de sa flexibilité. Ainsi, une personne « marquée » peut ou non être stigmatisée.

Deux grands défis existent dans l'étude du stigmaté (Link & Phelan, 2001). Premièrement, le fait que certains chercheurs s'intéressant à ce concept n'appartiennent pas aux groupes stigmatisés et étudient le concept d'un point de vue qui ne prend pas en compte l'expérience des personnes stigmatisées peut engendrer de l'incompréhension et la perpétuation de préjugés. Fine et Asch (1988) identifient cinq préjugés communément véhiculés sur le stigmaté : a) que l'incapacité n'est que biologique, b) que le problème de la personne est dû au handicap comme tel, c) que la personne est une « victime » du processus de stigmatisation, d) que le handicap est central à l'identité de la personne, à son autodéfinition, aux comparaisons sociales et à son groupe de référence et e) qu'avoir un handicap est synonyme d'avoir besoin d'aide et de soutien social. Le deuxième défi lié au concept de stigmaté vient du fait que les recherches sur le sujet ont adopté des perspectives essentiellement individuelles, ce qui résulte en une croyance que le stigmaté est quelque chose qui se trouve *dans* la personne au lieu d'une étiquette lui étant apposée *de l'extérieur*. Bien que radical, ce point de vue a l'intérêt de réaffirmer l'importance de s'intéresser au stigmaté dans la perspective de ceux qui le vivent.

2.1.2 Les propositions du stigmaté

Au fil des recherches menées sur le concept de stigmaté, les différents chercheurs s'y intéressant ont avancé plusieurs propositions. Six des plus souvent mentionnées seront explorées dans cette section : le caractère relationnel du stigmaté, son caractère discréditant, son caractère arbitraire, son pouvoir d'extension, le caractère actif du stigmatisé et enfin les mécanismes en fonction dans le processus de stigmatisation.

2.1.2.1 Le caractère relationnel du stigmaté

Selon Goffman (1975), le stigmaté se comprend comme une relation entre les individus et non comme un objet porté par un individu. Certains attributs sont sans effet dans certains milieux alors qu'ils sont source de stigmatisation dans d'autres. C'est donc dire que le stigmaté n'est pas une caractéristique propre à une personne, mais plutôt le produit d'un

processus interpersonnel où les règles et les normes qui catégorisent un individu comme faisant partie de tel ou tel groupe sont définies, non pas par la nature, mais par la société et les institutions (Appleby & Anastas, 1998). Une première proposition est donc le caractère relationnel du stigmaté et non individuel. Selon Goffman (1975) lors de rencontres interpersonnelles, les gens ont tendance à répartir les individus en catégories. Celles-ci ne sont, toutefois, pas données de prime abord. Lors d'une première rencontre, c'est alors l'identité sociale apparente qui structure les interactions. Une personne peut posséder un attribut spécifique, appelé stigmaté. Mais celui-ci n'existe pas en soi. Il naît plutôt de relations entre les attributs personnels et les stéréotypes véhiculés dans une société donnée. Un exemple intéressant de ce qui précède concerne l'obésité. Plusieurs études (Hebl & Heatherton, 1998; Hebl et al., 2009; Lewis et al., 2005) soutiennent qu'au sein d'un même pays, les États-Unis, la population est plus tolérante envers les personnes afro-américaines obèses que les personnes caucasiennes obèses. Être obèse dans cette société est plus stigmatisant si la personne est caucasienne que si elle est afro-américaine. Bien qu'encore l'objet de débats, un des facteurs évoqués pour expliquer ces résultats relève de l'hypothèse qu'en comparaison avec les femmes caucasiennes, les femmes afro-américaines seraient moins obsédées par la minceur, préférant ainsi les courbes naturelles du corps. La « culture de la minceur » serait donc moins présente dans ces populations que dans les populations blanches américaines (Kumanyika, 1998; Perez & Joiner, 2003). Conséquemment, l'attribut minceur agirait comme un stéréotype stigmatisant dans les milieux caucasiens américains et non dans les milieux afro-américains. À ce sujet, d'un point de vue clinique, les personnes atteintes d'un trouble alimentaire expriment souvent la peur obsessionnelle de devenir obèses, crainte qui ne fait sens que dans une société où le surplus de poids est jugé négativement. Un autre élément explicatif est également relevé dans l'article de Hebl, King, & Perkins (2009) :

Individuals disengage because they perceive that their group is falling short of a standard that is evaluative of their self-worth. In this case, the standard is the importance of being thin and Black women are significantly more likely to fall short of this standard than are White women. To counteract this threat, Black women disengage and reject White mainstream values concerning body preferences for women. In fact, they may even embrace

the antithesis of White beauty, accepting largeness and even devaluing thinness (p. 1170).

2.1.2.2 Le caractère discréditant du stigmat

Une deuxième proposition du concept de stigmatisation est son caractère discréditant. Dans le processus de stigmatisation, les attributs deviennent associés à des « dispositions discréditantes » (*discrediting dispositions*), qui sont des évaluations négatives et des stéréotypes (Jones et al., 1984; Major & O'Brien, 2005). Ces stéréotypes et ces évaluations sont généralement partagés dans la société et bien connus de la population (Crocker et al., 1998; Major & O'Brien, 2005; Steele, 1997). Ils deviennent donc une base à l'exclusion et à l'évitement des personnes faisant partie de la catégorie stéréotypée (Leary & Schreindorfer, 1998; Major & Eccleston, 2004; Major & O'Brien, 2005). Les personnes qui sont stigmatisées ont donc (ou sont réputées avoir) un attribut qui les marque comme étant différentes et qui les dévalue aux yeux des autres. Ces attributs peuvent être visibles ou invisibles, contrôlables ou incontrôlables (Major & O'Brien, 2005). Ils peuvent être liés à l'apparence physique (comme un handicap ou l'obésité), au comportement (comme de la pédophilie ou un trouble du comportement) ou à l'appartenance à un groupe (comme les Afro-américains ou les Autochtones). Ainsi, l'anorexie est un trouble de santé mentale qui peut ou non être visible. Selon le corps de la personne, qui peut être très amaigrie dans les cas sévères d'anorexie, mais qui peut aussi être dans la « normale » si l'anorexie est à un stade moins avancé²⁰, la réponse de l'entourage peut varier. L'anorexie semble aussi être perçue comme étant contrôlable, la personne serait ainsi réputée avoir le contrôle sur la quantité de nourriture qu'elle ingère. D'un point de vue clinique, plusieurs personnes rapportent se sentir jugées et blâmées de souffrir d'anorexie. Il n'est pas rare d'entendre ces

²⁰ Dans une situation d'anorexie, il faut savoir que le poids ou l'apparence corporelle de la personne peut varier considérablement, et ce, surtout s'il y a présence de boulimie. L'apparence cachectique de la personne survient lorsque le stade d'anorexie est très avancé. Ainsi, des personnes aux formats corporels très variés peuvent souffrir d'anorexie (Petitpas & Jean, 2011).

personnes affirmer se sentir responsables de leur maladie et coupables de la faire « subir » à leurs proches.

Ce qu'il faut en retenir est que le stigmatisme n'appartient pas à la personne, mais plutôt à un contexte social marqué par des relations sociales. En ce sens, selon Goffman, il convient de regarder non pas le différent, mais bien le normal, car c'est en fonction de la norme que se comprend la distance à la norme. Ainsi, celui qui ne correspond pas à la totalité des archétypes, par exemple pour les États-Unis, « le jeune père de famille marié, blanc, citadin, nordique, hétérosexuel, protestant, diplômé d'université, employé à temps plein, en bonne santé, d'un bon poids, d'une taille suffisante et pratiquant un sport » (Goffman, 1975, p. 151), se voit marqué négativement.

2.1.2.3 Le caractère arbitraire du stigmatisme

Une autre proposition du stigmatisme est son caractère arbitraire dans ce sens où la vulnérabilité à la stigmatisation n'est pas liée au fait de posséder un attribut en particulier. Elle est plutôt liée au fait d'être identifié et reconnu par les autres comme porteur d'une caractéristique indésirable. En d'autres mots, il n'est pas nécessaire qu'une personne possède véritablement un attribut pour être stigmatisée, mais simplement que les autres croient ou estiment qu'elle est porteuse d'une telle caractéristique (Crocker et al., 1998). À titre d'exemple, dans le langage populaire, on entend parfois des personnes qui présentent un poids différent du poids « normal attendu » (soit en dessous ou au-dessus) se voir attribuer l'étiquette du trouble alimentaire. Ainsi, les femmes dont le poids naturel²¹ est bas sont particulièrement sujettes à recevoir arbitrairement l'étiquette « d'anorexique ». C'est alors qu'une discrimination peut apparaître, construite autour d'une idéologie fabriquée du stigmatisme qui génère le comportement discriminant. Un autre exemple vient de Goffman (1975, p. 16) :

Chez certains, il peut exister une hésitation à toucher ou à guider les aveugles, tandis que chez d'autres cette constatation d'une privation de la

²¹ Le poids naturel est le poids auquel le corps cherche toujours à revenir. C'est son point d'équilibre. Le poids naturel est prédéterminé dès la naissance et est surtout influencé par la génétique (Petitpas & Jean, 2011).

vue peut se généraliser pour former une perception globale d'inaptitude, si bien que ces personnes s'adressent aux aveugles en criant, comme s'ils étaient sourds, ou essayent de les soulever, comme s'ils étaient infirmes. Il est fréquent que, face aux aveugles, les gens présentent toute sorte de croyances ancrées dans le stéréotype.

2.1.2.4 Le pouvoir d'extension du stigmaté

Ce que Rogel (1997) nomme le pouvoir d'extension est la quatrième proposition du stigmaté. Selon lui, le caractère dévalorisant du stigmaté peut s'étendre à la famille et aux proches du stigmatisé. Ses impacts négatifs sont donc ressentis non seulement par la personne qui en est affligée, mais également par son entourage. Par exemple, pour les familles de personnes hospitalisées pour anorexie, le caractère dévalorisant du stigmaté associé aux troubles alimentaires s'est avéré être un élément incitant les membres de la famille à diminuer leurs contacts sociaux à l'extérieur de la famille afin d'éviter d'être blâmés pour l'anorexie de leur proche et de subir la honte associée à ce trouble mental (Dimitropoulos et al., 2008). Également, le stigmaté associé aux troubles alimentaires est ressorti comme étant l'un des deux facteurs contribuant le plus à la détresse ressentie par le proche aidant d'une personne atteinte de ce trouble mental (Whitney et al., 2007).

2.1.2.5 Le caractère actif du stigmatisé

Une autre proposition importante, amenée par Link et Phelan (2001), est le fait que la personne qui expérimente la stigmatisation n'est pas toujours une victime passive, sans défense et consentante. Il existe en effet de nombreuses tentatives de résistance, de la part des personnes stigmatisées, afin de contrer la stigmatisation vécue. Celles-ci utilisent souvent les ressources disponibles afin de lutter contre les groupes discriminants et, en ce sens, elles ne peuvent être perçues comme de simples réceptifs du stigmaté. Les sites pro-ana (pour pro-anorexia) illustrent bien cette dimension. Durant la dernière décennie et avec la popularisation d'Internet, une communauté virtuelle s'est formée rassemblant des

personnes vivant un trouble alimentaire²². Certaines s'affichent pro-ana, d'autres pro-mia (pour pro-boulimia) et d'autres enfin se disent pro-ed (pour pro-eating disorders) (Udovitch, 2002). Selon plusieurs chercheurs (Bardone-Cone & Cass, 2007; Giles, 2006; Ison & Kent, 2010; Rich, 2006), les personnes qui adhèrent à ces sites le font avec l'espoir de rejoindre une communauté d'appartenance et de contrer l'isolement et l'incompréhension qu'elles ressentent de la part de leur entourage :

Just really, like at the end of the day, it would be really nice if you could share with the whole world how you felt, you know? Because truthfully, you just don't feel comfortable, you can't tell the truth. Then, like, if I don't eat lunch or something, people will get on my case about it, and I can't just come out and tell them I don't eat, or something like that. But at the end of the day, I can go online and talk to them there, and they know exactly what I'm going through and how I feel. And I don't have to worry about them judging me for how I feel (Udovitch, 2002, non paginé).

2.1.2.6 Les mécanismes en fonction dans le processus de stigmatisation.

Enfin, la dernière proposition de la stigmatisation touche ses mécanismes. Dans leur chapitre sur les effets psychologiques du stigmaté, Major et O'Brien (2005) relatent trois mécanismes par lesquels le stigmaté affecte le stigmatisé. D'abord en limitant l'accès à des domaines importants de la vie, la discrimination affecte directement le statut social, le bien-être psychologique et la santé physique de la personne stigmatisée. La stigmatisation peut se manifester sur le marché de l'emploi, le lieu de travail, le système d'éducation, le système de santé et le système de justice criminelle (Crandall & Eshleman, 2003, dans Major et O'Brien, 2005). Elle peut également se manifester au sein de la famille. Par exemple, une étude menée par Crandall (1995) a démontré que les parents de filles souffrant d'obésité sont moins enclins à payer pour l'éducation universitaire que les parents de filles ayant un poids dans la moyenne. Le faible statut social résultant de la

²² Les sites pro-ana adoptent une attitude positive et aguichante à l'égard des troubles alimentaires. Ils encouragent explicitement l'extrême minceur qu'ils affirment être un choix de vie plutôt qu'un trouble mental (Bardone-Cone & Cass, 2007). Ces sites ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des médias en raison de leur dangerosité et sont une inquiétude réelle pour les professionnels œuvrant dans le domaine.

discrimination peut, à son tour, engendrer d'autres formes de discriminations (Link & Phelan, 2001).

Ensuite, le stigmaté peut affecter la personne stigmatisée par un processus de confirmation des attentes (*expectancy confirmation processes*) ou par un processus d'autoréalisation des prophéties (*self-fulfilling prophecies*) (Jussim, Palumbo, Chatman, Madon, & Smith, 2000). Selon cette théorie, l'idée que la personne se fait des stéréotypes négatifs et des attentes associés au stigmaté peut amener la personne à agir en conformité avec ces stéréotypes et ces attentes. Ces actes viennent alors confirmer les attentes et les stéréotypes, au départ erronés (Darley & Fazio, 1980; Deaux & Major, 1987; Jussim et al., 2000). Ils peuvent même engendrer des changements permanents dans la perception que la personne a d'elle-même (Fazio, Effrein, & Falender, 1981). Enfin, le stigmaté peut affecter la personne par le comportement d'activation automatique du stéréotype (*automatic stereotype activation-behavior*). Du fait que les stéréotypes dominant dans une culture sont généralement bien connus de la population (Steele, 1997), ils peuvent influencer le comportement des groupes stigmatisés, et ce, même en l'absence d'un comportement discriminant particulier ou lorsque personne d'autre n'est présent lors d'une situation.

2.1.3 Les dimensions du stigmaté

Le premier énoncé des dimensions du stigmaté a été élaboré par Goffman (1975) dans les années 1970. Selon lui et en utilisant ses propres termes, la stigmatisation s'effectue selon 3 dimensions : a) les monstruosité du corps (par exemple, diverses difformités), b) les tares de caractère, qui, aux yeux d'autrui, prennent la forme d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou contre-nature, de croyances égarées et rigides ou de malhonnêteté (par exemple, les troubles mentaux, la toxicomanie, l'emprisonnement, etc.) et c) les stigmates tribaux, qui se transmettent de génération en génération et contaminent également tous les membres d'une même famille (par exemple, la race, la nationalité, la religion). Toutefois, les critiques qui ont été adressées à cet énoncé lui reprochent de ne pas mettre

assez l'accent sur le fait que l'expérience des stigmatisés peut varier considérablement en fonction de différents facteurs (Crocker et al., 1998; Jones et al., 1984).

Un autre énoncé des dimensions du stigmatisme de plus en plus cité vient de Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller et Scott (1984). Ces chercheurs présentent six dimensions pouvant influencer l'expérience du stigmatisé.

1. La dissimulation :

Le stigmatisme est-il caché ou apparent?

Jusqu'à quel point sa visibilité peut-elle être contrôlée?

Cette dimension concerne donc la possibilité ou non de camoufler le stigmatisme aux autres, c'est-à-dire son caractère visible ou non. Par exemple, avoir séjourné dans un hôpital psychiatrique est un stigmatisme dissimulable alors qu'être paraplégique ne l'est pas. Deux scénarios existent : a) l'individu sait que son stigmatisme est visible et connu de tous. Il sait qu'il est discrédité en raison de cet attribut et cette connaissance peut influencer ses pensées, ses sentiments et ses comportements (Crocker et al., 1998; Steele & Aronson, 1995) et b) le stigmatisme paraît camouflable pour son possesseur. Il sait qu'il sera discrédité si son attribut est découvert. Il peut alors tenter de surveiller son comportement et son langage afin de camoufler sa véritable identité sociale. Il peut également se questionner sur la possibilité de révéler sa condition et sur la façon de le faire (Goffman, 1975).

Cette dimension peut toucher de façon particulière les personnes atteintes d'anorexie, qui déploient souvent des efforts considérables pour dissimuler leurs comportements anorexiques. Ainsi, le secret et le mensonge en viennent à faire partie intégrante de leur quotidien afin d'abord d'arriver à leurs fins (notamment de consommer de moins en moins de nourriture et selon les situations, de laisser libre cours aux comportements compensatoires), mais aussi afin de se protéger des jugements qu'elles craignent et qu'elles appréhendent de la part de leur entourage. Ainsi, si le stigmatisme (l'anorexie dans ce cas) paraît camouflable pour la personne et que celle-ci craint d'être discréditée si son attribut est découvert, elle tentera de surveiller son comportement et son langage afin de le camoufler. On observe en consultation clinique qu'avec le recul, lorsqu'elles se rétablissent

de l'anorexie, plusieurs personnes mentionnent avoir honte des mensonges et de la manipulation qu'elles ont utilisés durant leur maladie, affirmant qu'elles n'étaient pas « elles-mêmes » à ce moment.

Également, d'un point de vue clinique, il arrive fréquemment que les personnes qui consultent n'en aient parlé à personne de leur entourage²³. Plusieurs en viennent à se sentir fatiguées de cacher cette partie de leur vie à leur entourage. Dans ces situations, elles peuvent se questionner sur la possibilité de révéler leur condition à leur entourage et sur la façon de le faire. Il s'agit généralement d'une étape très anxiogène pour ces personnes.

Enfin, pour la personne atteinte d'anorexie, il existe souvent un autre enjeu à l'idée de révéler sa condition aux gens de son entourage. Cet enjeu touche son statut. En consultation, certaines personnes mentionnent la crainte qu'elles ont de perdre leur « réputation de personne performante ». Elles croient ainsi que si les gens savaient qu'elles souffrent d'un trouble alimentaire, ils ne les trouveraient plus aussi performantes. Elles semblent donc tirer une grande valorisation de la performance, valorisation qu'elles craignent de perdre si elles affichent leur vulnérabilité.

2. Le temps :

Quelle est l'évolution du stigmatisme à travers le temps?

Quels sont les résultats finaux?

La deuxième dimension est la possibilité ou non que le caractère stigmatisant de cet attribut disparaisse dans un contexte différent. Par exemple, avoir de l'acné ou une brûlure peut disparaître avec le temps ou devenir moins apparent, alors qu'avoir une maladie dégénérative ou vieillir s'accroît avec le temps. Lorsque c'est possible, la personne affectée pourra vouloir changer l'évolution du stigmatisme à travers le temps, comme c'est le cas, par exemple, lorsqu'une personne obèse décide de perdre du poids. On peut aussi penser

²³ Il faut savoir que ce n'est qu'une minorité de personnes atteintes d'anorexie (partielle ou complète) qui seront hospitalisées au courant de la maladie, révélant ainsi leur condition à leurs proches. Plusieurs décideront de consulter des services publics ou privés avant que les symptômes ne nécessitent une hospitalisation. Dans ces cas, il n'est pas rare que seulement quelques proches, voire un seul, soient au courant de la situation de la personne qui consulte.

qu'une personne atteinte d'anorexie se percevait peut-être « grosse » avant le développement de la maladie, ce qui l'aurait incité à corriger ce qui fait défaut en s'engageant dans des diètes et des mécanismes de perte de poids.

3. La perturbation²⁴ :

Le stigmatisme gêne-t-il les interactions sociales de la personne?

Cette dimension touche la possibilité qu'un stigmatisme entrave, contraigne ou ajoute à la difficulté déjà présente d'entretenir des relations interpersonnelles positives. C'est-à-dire que plus la marque négative est visible, dangereuse ou non esthétique, plus elle sera destructrice des relations interpersonnelles (par exemple, une personne affectée de strabisme ou du syndrome de Gilles de La Tourette). En fait, « any condition that makes appropriate interpersonal interaction patterns uncertain and unpredictable, that stridently calls attention to itself and away from other characteristics of the other person, and that blocks or distorts the communications process, has the capacity to be disruptive » (p. 46).

4. L'esthétisme :

Jusqu'à quel point l'attribut rend-il la personne laide ou repoussante aux yeux des autres?

La dimension esthétique réfère à tout ce qui est beau et plaisant pour les sens. Malgré le fait que beaucoup de chercheurs se soient penchés sur la nature et les déterminants de la beauté, il est encore impossible de dire pourquoi un objet est qualifié de beau alors qu'un autre paraît neutre ou laid. Toutefois, l'esthétisme semble jouer un rôle dans le phénomène de la stigmatisation. En ce sens, certaines personnes paraissent laides aux yeux des autres et deviennent ainsi stigmatisées. Les personnes qui ont une déformation physique apparente, par exemple, sont sujettes à ce type de stigmatisation. Dans une société où la minceur est valorisée, l'obésité peut agir comme déformation physique apparente et engendrer de la stigmatisation. Dans le même ordre d'idées, bien que la minceur soit un attribut valorisé au Québec, un corps trop maigre peut aussi être mal vu et entraîner un stigmatisme basé sur

²⁴ Jones et al. (1984) considèrent cette dimension différente des autres du fait qu'elle n'était pas tout à fait claire conceptuellement à leurs yeux, au moment de la rédaction de leur livre.

l'esthétisme. Dans ces situations, il est difficile de déterminer à partir de quel poids et selon quels critères la minceur cesse d'être un attribut valorisé.

5. L'origine :

Quelle est l'origine du stigmaté ?

Qui en est responsable et quelle en est la cause ?

La cinquième dimension est le caractère contrôlable ou non de l'attribut. À ce sujet, les gens porteurs d'un stigmaté perçu comme contrôlable (s'ils sont perçus comme étant responsables de leur condition ou si le stigmaté résulte ou pourrait être éliminé par certains comportements) risquent d'être traités plus durement et rejetés plus facilement que ceux dont la société estime qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur condition (Crocker et al., 1998). Dans ces cas, les gens ont la certitude que la personne est responsable autant du problème que de sa solution, comme en témoigne la situation des personnes atteintes d'un trouble alimentaire, dont on croit qu'elles ont « volontairement » arrêté de manger et qu'elles iraient mieux si elles « recommençaient » à manger.

6. La dangerosité :

À quel degré de dangerosité le stigmaté expose-t-il les autres ?

La dernière dimension de la typologie de Jones et al. est la nature et le degré de danger auxquels le stigmaté expose les autres. Cette dimension s'applique, par exemple, aux personnes ayant un trouble mental (et particulièrement les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie), ayant commis des crimes violents ou ayant une maladie perçue comme étant contagieuse. Tel que mentionné précédemment, il n'est pas nécessaire que le danger soit réel pour que la stigmatisation ait lieu, il s'agit simplement que la personne soit perçue comme étant dangereuse.

2.1.4 Les processus de stigmatisation

Le phénomène de la stigmatisation est donc complexe. Dans l'objectif de clarifier et de schématiser ce processus, certains chercheurs ont tenté de modéliser le processus de

stigmatisation. Deux sont présentées dans cette section : celle de Major et O'Brien (2005) et celle de Link et Phelan (2001). Plus récentes, ces deux modélisations ont l'intérêt de s'appuyer sur un grand nombre de travaux antérieurs sur le sujet et de tenter de clarifier un concept souvent critiqué pour son manque de clarté.

Le modèle de la menace identitaire du stigmaté (*stigma-induced identity threat*)

Major et O'Brien (2005) ont élaboré un modèle intégrant la menace identitaire du stigmaté (*identity threat models of stigma*) (Crocker et al., 1998; Major, Quinton, McCoy, & Mark, 2002; Steele, Spencer, Aronson, & Mark, 2002) et le modèle transactionnel du stress et de l'affrontement (*transactional models of stress and coping*) (Lazarus & Folkman, 1984; Smith, 1991). La Figure 3 illustre cette modélisation.

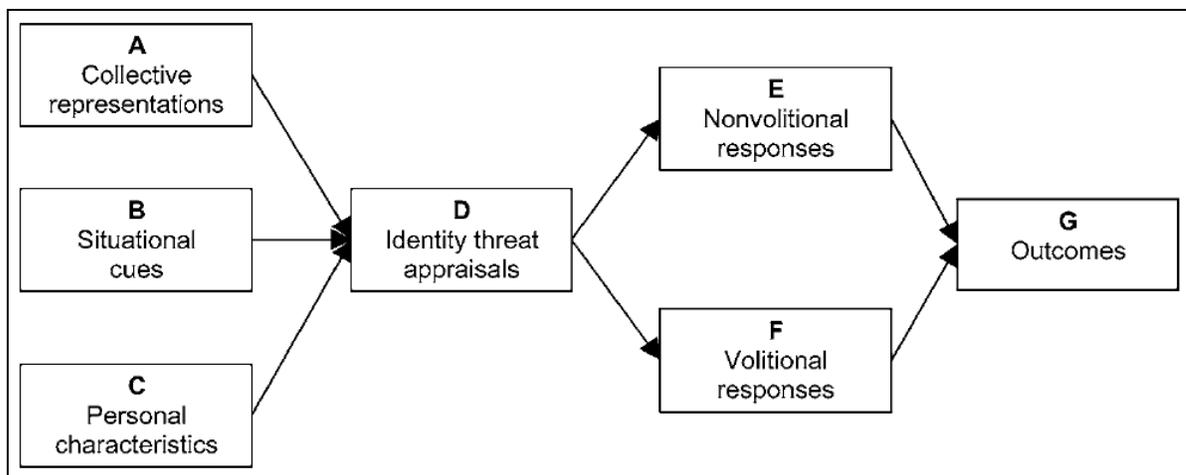


Figure 3. Modèle de la menace identitaire du stigmaté de Major et O'Brien (2005)

Selon ce modèle, le fait de posséder une identité sociale largement dévaluée (un stigmaté) augmente les possibilités qu'une personne soit exposée à des situations potentiellement stressantes (menaçant l'identité). Ainsi, les représentations collectives²⁵ (A), les signaux

²⁵ Ces représentations collectives incluent le fait d'être au courant qu'ils sont dévalués aux yeux des autres, la connaissance du stéréotype culturel dominant associé à leur identité stigmatisée et la reconnaissance qu'ils peuvent être victimes de discrimination.

situationnels²⁶ (B) et les caractéristiques personnelles²⁷ (C) affectent l'évaluation des personnes à l'égard de l'importance de ces situations sur leur bien-être. La menace identitaire²⁸ (D) survient lorsqu'une personne évalue la demande imposée par le stigmatisme comme étant potentiellement dangereuse pour son identité sociale et excédant ses capacités à y répondre. Les réponses à la menace identitaire peuvent être involontaires²⁹ (E) ou volontaires (F). Les réponses involontaires peuvent être de l'ordre de l'émotion, de la cognition, du physiologique ou du comportement (anxiété, hypervigilance, difficulté de mémorisation, augmentation de la pression sanguine, etc.). Les réponses volontaires réfèrent aux efforts conscients et voulus afin de réguler l'émotion, la cognition, la manifestation physique, le comportement ou l'environnement pour faire face aux événements jugés stressants. Les personnes affrontent ces menaces identitaires selon différentes stratégies³⁰, qui peuvent viser les problèmes reliés (par exemple lorsqu'une personne ayant un surplus de poids décide de faire un régime alimentaire), les émotions reliées (par exemple, lorsqu'une personne cesse de se comparer aux personnes plus minces qu'elle) ou une combinaison des deux (par exemple lorsqu'une personne évite de se montrer en costume de bain). Au final, les réponses engendrent des résultats (G) touchant l'estime de soi, les performances scolaires et la santé. Affronter la stigmatisation implique nécessairement des échanges dans ce sens où les stratégies utilisées pour atteindre un but (par exemple, protéger l'estime de soi) peuvent restreindre l'atteinte de certains autres objectifs (par exemple, performer sur le plan scolaire).

²⁶ Les situations auxquelles les personnes sont exposées diffèrent selon le degré de menace à l'identité sociale potentiel perçu, c'est-à-dire à quel degré ces situations envoient un signal indiquant qu'une personne est à risque d'être dévaluée, stéréotypée négativement ou discriminée à cause de son identité sociale. Les perceptions des situations ne correspondent pas nécessairement aux faits réels. C'est plutôt la perception qui importe.

²⁷ Ces caractéristiques dépendent de la vulnérabilité à la stigmatisation, du sentiment d'appartenance à un groupe, de l'identification à un domaine ainsi que des buts et des motivations de chaque personne.

²⁸ Le processus d'évaluation peut être automatique, non verbal, instantané et inconscient.

²⁹ Ironiquement, les personnes anticipant le rejet de façon chronique et qui sont vigilantes en permanence aux signes de discrimination peuvent créer le rejet anticipé en communiquant ces attentes aux autres.

³⁰ Trois stratégies d'affrontement sont relevées dans la littérature : a) attribuer les événements négatifs à la discrimination au lieu d'à soi, b) se désengager des domaines menaçants l'identité afin de préserver l'estime de soi au lieu de s'engager et de s'efforcer de poursuivre les efforts dans ces domaines et c) s'identifier davantage à un groupe stigmatisé au lieu de se distancier du groupe.

Le modèle de la conceptualisation du stigmat

Link et Phelan (2001) ont également tenté de conceptualiser le stigmat selon un processus comprenant cinq composantes en interaction constante et devant être présentes simultanément. La Figure 4 présente leur modélisation.

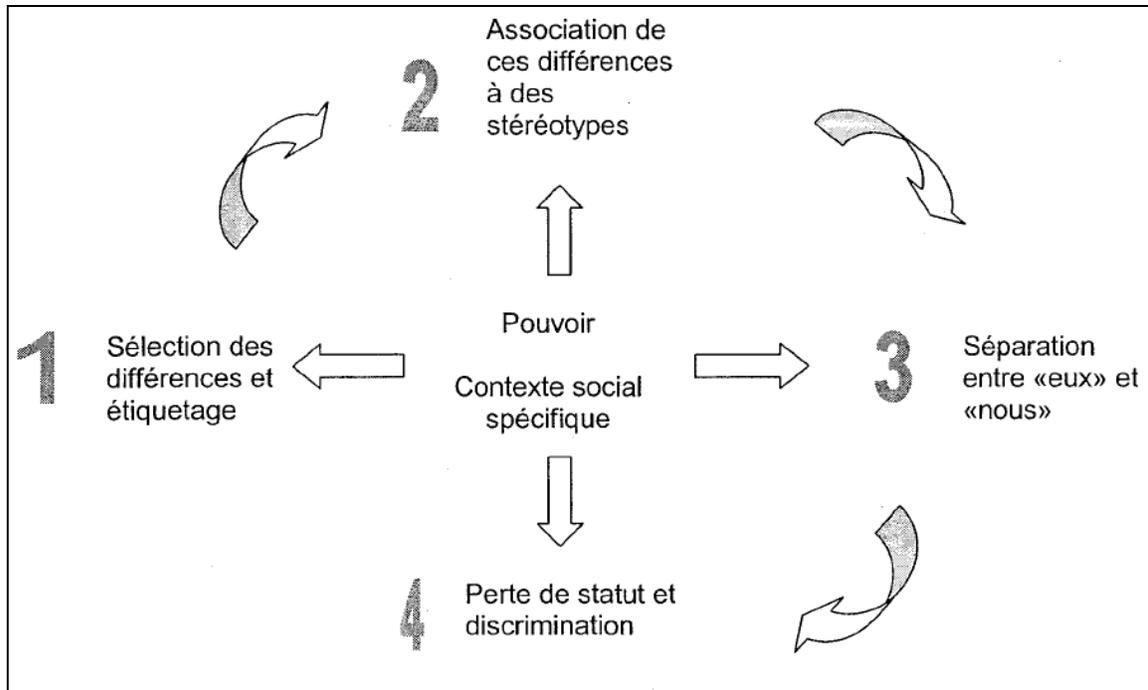


Figure 4. Modèle de la conceptualisation du stigmat de Link et Phelan, adapté par Robitaille (2005)

Selon ce modèle, le processus de stigmatisation commence par la sélection des différences et l'étiquetage (1) durant lequel une sélection sociale des différences humaines s'opère en vue d'identifier les différences qui vont compter socialement. Le poids de ces différences est souvent important puisqu'une fois identifiées comme telles, elles sont généralement tenues pour acquises et considérées comme naturelles (par exemple, il y a des personnes noires et des personnes blanches, des personnes aveugles et des personnes voyantes). Ainsi, une sursimplification s'opère afin de créer des groupes dichotomiques (par exemple, blancs versus noirs, homosexuels versus hétérosexuels).

Une fois identifiées, ces différences sont associées à des stéréotypes (2). Cet aspect est central à la conceptualisation du stigmaté depuis la définition proposée par Goffman (1963). Selon Link et Phelan, le stigmaté implique une étiquette et un stéréotype, le premier liant la personne à un ensemble de caractéristiques formant le deuxième. Selon une perspective psychologique (Crocker et al., 1998), les catégories et les stéréotypes sont souvent « automatiques » et facilitent « l'efficacité cognitive ». Ceux-ci sont utilisés pour les situations requérant des jugements rapides (*making split-second judgments*) et semblent opérer de façons préconsciente et automatique. Des catégories culturellement définies (*culturally given categories*) fournissent aux individus un moyen de prise de décision rapide qui les libère pour accomplir d'autres tâches.

L'étiquette sociale, liée à un stéréotype, engendre ensuite une séparation entre le « eux » et le « nous » (3). « Eux » sont une menace pour « nous » parce qu'ils sont immoraux, paresseux ou dangereux. Ainsi, ces caractéristiques du stigmaté deviennent une raison de croire que les personnes négativement étiquetées sont fondamentalement différentes de celles qui ne le sont pas. Ce faisant, il devient plus facile de véhiculer des stéréotypes et de caractériser ces personnes comme étant « mauvaises » puisque n'appartenant pas au même groupe que « nous ».

La personne étiquetée expérimente ensuite la perte de statut et la discrimination (4). Une conséquence quasi immédiate d'un étiquetage négatif réussi est la rétrogradation de la personne en ce qui concerne le statut hiérarchique. La personne est liée à des caractéristiques indésirables qui réduisent son statut aux yeux de la personne qui discrimine. La discrimination peut s'effectuer sur plusieurs plans : individuel, structurel et social. Sur le plan individuel, la discrimination est orientée directement vers la personne. Sur le plan structurel, la discrimination survient en dehors du modèle où une personne fait directement du mal à une autre. La discrimination prend alors la forme de pratiques institutionnelles désavantageant un groupe de personnes, généralement minoritaires (par exemple, le racisme, l'âgisme, le sexisme). Elle peut survenir même en l'absence de préjugés individuels. La personne appartenant à un groupe stigmatisé sera donc l'objet de la discrimination structurelle rattachée à son groupe d'appartenance. Enfin, sur le plan

social, une fois que le stéréotype culturel est en place, celui-ci peut affecter la personne étiquetée de façon importante, ce qui n'implique pas nécessairement que la personne qui discrimine soit en contact direct avec la personne discriminée.

En somme, la stigmatisation survient lorsqu'une personne est étiquetée, mise à part et liée à des caractéristiques indésirables qui l'amènent à expérimenter une perte de statut et de la discrimination. La cinquième composante du modèle de Link et Phelan est le pouvoir (centre de la figure). Selon eux, la stigmatisation est entièrement dépendante du pouvoir social, politique et économique dans ce sens où il est nécessaire de détenir du pouvoir pour être en mesure de stigmatiser. Dans certaines circonstances, le pouvoir est apparent, mais dans certaines autres, il peut passer inaperçu. Mais même dans ces circonstances, le pouvoir est essentiel à la production sociale de la stigmatisation.

2.1.5 Les effets de la stigmatisation

Dans le Rapport du Directeur général des Services de Santé des États-Unis d'Amérique sur la santé mentale, les effets de la stigmatisation sont présentés comme suit :

« Du fait de la stigmatisation, les gens doutent que les troubles mentaux soient de véritables maladies qui peuvent être traitées. Ils évitent de fréquenter et d'employer des personnes atteintes d'un trouble mental, de travailler avec elles, de leur louer un logement ou même de vivre à proximité. En faisant obstacle au financement des soins, la stigmatisation limite la mobilisation des ressources et l'accès au traitement et aux services sociaux. L'impossibilité d'obtenir un traitement renforce les tendances destructrices à l'autodénigrement, à l'isolement et au désespoir. La stigmatisation prive tragiquement les gens de leur dignité et leur interdit une complète socialisation » (Organisation mondiale de la Santé, 2001, p. 17).

Ainsi, peu importe la nature du stigmate dont une personne est affligée, elle fera l'expérience des conséquences négatives du processus de stigmatisation (Poupart, 2001). Link et Phelan (2001) en relatent trois : 1) le stigmate implique une perte de statut hiérarchique, une rétrogradation, 2) la discrimination structurelle peut produire des résultats

négatifs qui n'ont aucun lien avec le stéréotype ayant initié la discrimination structurelle et 3) les efforts pour contrer le stigmate peuvent avoir des conséquences fâcheuses n'étant pas nécessairement liées au stéréotype.

Différentes études soulignent que les effets du stigmate peuvent toucher l'estime de soi, les émotions, les performances scolaires et la santé de façon plus ou moins constante. D'abord, de nombreuses études ont été menées sur le stigmate et l'estime de soi durant les dernières décennies. Toutefois, les résultats de ces études sont inconstants. Certaines études soutiennent l'idée que l'expérience de la stigmatisation affecte l'estime de soi (Corrigan, 1998; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Wright, Gronfein, & Owens, 2000) alors que d'autres arrivent à des conclusions plus mitigées, voire contraires (Camp, Finlay, & Lyons, 2002; Crocker & Major, 1989). Par exemple, Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen et Phelan (2001) ont mené une enquête auprès de 70 participants à un programme pour personnes ayant un trouble de santé mentale afin de savoir si le stigmate peut affecter leur estime de soi. Pour ces chercheurs, il est clair que les résultats, mesurés après 6 et 24 mois, appuient l'idée que l'estime de soi est affectée par l'expérience de la stigmatisation. À l'inverse, Camp, Finlay et Lyons (2002) nuancent cette idée à la suite de leur enquête qualitative auprès de 17 femmes ayant un trouble de santé mentale. Selon eux, certaines conditions doivent être remplies pour que le stigmate affecte l'estime de soi : a) que les personnes concernées soient au courant et acceptent l'évaluation négative que la société porte sur elles, b) que cette évaluation négative soit centrale à leur identité et c) qu'elles appliquent cette représentation négative à elles. Dans les cas où ces trois critères ne seraient pas présents, l'estime de soi ne serait pas atteinte par l'expérience de la stigmatisation. Les femmes qui ont participé à l'étude étaient au courant à la fois des représentations négatives de la société à l'égard des troubles mentaux et des impacts sur leur vie, mais n'ont pas considéré ces représentations comme étant valides et applicables à elles-mêmes, protégeant ainsi leur estime d'elles-mêmes. D'autres chercheurs ajoutent de plus que des facteurs connexes peuvent également modifier l'estime de soi. Par exemple, la faible estime de soi peut être antérieure au trouble mental (Brown, Andrews, Bifulco, & Veiel, 1990) ou liée à la tristesse d'une perte de fonctionnement social ou cognitif (Appelo, Slooff, Woonings, Carson, & Louwerens, 1993). Ainsi, il devient difficile de démontrer

que la stigmatisation est la cause principale de la diminution de l'estime de soi. D'autres études sont nécessaires afin de clarifier ce processus.

Même s'il s'agit d'un angle très important afin de comprendre le processus de stigmatisation, le rôle des émotions a été un thème longtemps négligé (Lacaze, 2008). Au fil des recherches toutefois, les chercheurs ont commencé à intégrer ce phénomène dans leurs travaux, et ce, tant du point de vue des stigmatisés que de celui des stigmatisateurs. Ainsi, plusieurs émotions ont été liées à la stigmatisation, dont la honte (Scheff, 2003), le mépris et le déni de reconnaissance (Renault, 2000) ainsi que l'humiliation (Haroche, 2007). De la part des stigmatisateurs, des recherches se sont notamment intéressées à l'envie et au ressentiment (Schoeck, 1995), à la xénophobie (Sanchez-Mazas, 2004) ainsi qu'au dégoût (Pryor, Reeder, Yeadon, & Hesson-McInnis, 2004; Royzman & Sabini, 2001). À ce sujet, en consultation clinique, les personnes atteintes d'anorexie rapportent souvent ressentir beaucoup de honte et beaucoup de dégoût envers elles à l'idée d'abord de souffrir d'un trouble de santé mentale (le terme « psychiatrique » leur fait souvent peur) et ensuite par rapport aux comportements qu'elles adoptent à cause de la maladie (par exemple, le mensonge, l'agressivité, les vomissements, les boulimies, l'automutilation, etc.). Elles affirment aussi ressentir beaucoup de culpabilité et de tristesse à l'idée de faire subir la maladie à leurs proches, mais aussi pour les dommages qu'elles font à leur corps.

Les performances scolaires peuvent également être influencées par la stigmatisation. Les recherches démontrent que la discrimination affecte les performances scolaires des personnes qui en sont victimes (Major & O'Brien, 2005). Toutefois, selon Major et O'Brien (2005), il convient de demeurer prudent puisque d'autres éléments peuvent influencer ces résultats (l'anxiété résultant de la peur d'être victime de discrimination, le retrait de domaines dont le groupe d'appartenance est stigmatisé, etc.).

Enfin, l'expérience de la stigmatisation peut également avoir un impact sur la santé. En comparaison avec les personnes non stigmatisées, les personnes stigmatisées sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé physique et mentale tels que la dépression, l'hypertension et les troubles cardiaques (Jackson et al., 1996; Krieger, 1990; McEwen,

2000). De plus, le stigmate peut également affecter la santé indirectement par les mécanismes de menace identitaire perçus (Major & O'Brien, 2005). En fait, des recherches démontrent que les perceptions subjectives de la stigmatisation peuvent être aussi dommageables sur le plan de la santé physique et psychologique que l'exposition réelle à la stigmatisation (Allison, 1998; Finch, Kolody, & Vega, 2000; Harrell, 2000). De la même façon, mais en obtenant l'effet inverse, percevoir des ressources efficaces pour affronter la stigmatisation peut avoir des répercussions positives sur la santé physique et psychologique (Chen & Matthews, 2003; Kaiser, Major, & McCoy, 2004).

Un autre effet de la stigmatisation varie selon que le stigmate soit visible ou invisible. Pour les personnes dont le stigmate est visible, le fait qu'elles ne peuvent jamais cacher leur attribut, et de ce fait endurent de façon continue les regards des autres, peut affecter leur bien-être de façon importante (Crocker et al., 1998). À l'inverse, les personnes dont le stigmate est invisible peuvent avoir une estime de soi plus faible et être plus anxieuses et plus déprimées (Dupont, 2003). Ainsi, la crainte d'être « découvertes » et de passer d'un statut de « discréditables » à un statut de « discréditées » peut préoccuper de façon obsessionnelle ces personnes et entraîner de l'anxiété profonde, de la suspicion à l'égard de l'entourage et de l'insécurité. Pour ne pas courir ce risque, d'autres peuvent choisir de cacher leur situation et mentir à leur entourage, avec les conséquences que ce choix entraîne.

Compte tenu de ce qui précède, un autre effet de la stigmatisation est la dissimulation. Pour Goffman (1975), une personne à qui l'on attribue un stigmate qui n'est pas immédiatement visible est à risque de passer d'un statut de « discréditable » à un statut de « discréditée ». Par crainte de voir son attribut mis au jour, elle va ainsi peu à peu apprendre à manipuler et à dissimuler, lors des interactions sociales, certaines informations concernant son attribut pour ne pas être discréditée. La difficulté est donc de toujours fournir des informations cohérentes entre elles. Ce type d'attention demande un effort permanent et les coûts de la dissimulation peuvent être importants. Goffman décrit cet effort permanent de simulation et ses risques de découverte comme le « syndrome de Cendrillon » : la magie de l'illusion peut cesser à tout moment.

De plus, la stigmatisation est souvent présentée comme une situation fâcheuse (*predicament*) ou un dilemme dont les conséquences négatives sont difficiles à éradiquer (Link & Phelan, 2001). Une des raisons qui font en sorte que la stigmatisation est difficile à éradiquer est qu'une multitude de mécanismes pour stigmatiser une personne ou un groupe sont possibles. Ainsi, lorsque des efforts sont faits pour enrayer un mécanisme spécifique, les bénéfices sont souvent temporaires, car celui-ci peut facilement être remplacé par un autre. Également, il existe une multitude d'impacts associés à la stigmatisation. De ce fait, lorsque des bénéfices sont obtenus dans un domaine, des répercussions négatives peuvent survenir dans un autre. La présence d'une multitude de mécanismes de stigmatisation et d'impacts associés peut donc expliquer en partie pourquoi la stigmatisation est un dilemme persistant, ce qui ne veut toutefois pas dire que chaque individu ou groupe en souffre de la même façon.

À ce sujet, des chercheurs avancent que les personnes stigmatisées ont recours à des stratégies de protection de l'estime de soi (Croizet & Martinot, 2003). Ces stratégies sont la comparaison sociale, l'attribution de ce qui arrive aux préjugés et à la discrimination ainsi que le désengagement des domaines où les stigmatisés sont menacés. Goffman (1975), quant à lui, recense trois réactions possibles du stigmatisé: 1) tenter de corriger le stigmate, 2) tenter de maîtriser des domaines d'activité qui lui sont normalement interdits ou 3) se couper de la réalité. À ce sujet, il se peut que les personnes atteintes d'anorexie se soient perçues comme étant l'objet de stigmatisation avant le début de la maladie (par exemple si leur poids était au-dessus de la norme acceptée socialement). La diète et la perte de poids viseraient alors à corriger ce qui fait défaut.

En conclusion et compte tenu de la complexité du processus de stigmatisation, Link et Phelan (2001) font deux recommandations. D'abord, les approches visant à tenter d'enrayer la stigmatisation doivent être multiples (*multifaceted and multilevel*) et dirigées vers les différents mécanismes en cours et les différents types de discrimination. Ensuite, les approches doivent cibler les causes fondamentales du stigmate, c'est-à-dire toucher les attitudes et les croyances profondes des groupes détenant le pouvoir, ou changer les

circonstances dans lesquelles la stigmatisation s'opère, afin de limiter le pouvoir conféré aux groupes discriminants.

2.2 La présente étude

La recension des écrits a permis de mettre en lumière le fait que les personnes atteintes d'un trouble alimentaire sont à risque d'être victimes de stigmatisation, notamment dans les sociétés anglaise et étasunienne. À la lumière de toutes ces informations, la présente étude s'inscrit dans cette lignée en intégrant de nouvelles variables, afin de connaître les attitudes et les perceptions à l'égard de ces personnes et de leur famille dans la société québécoise. Il s'agit d'informations essentielles en vue de déterminer si ces personnes sont victimes, ou non, de stigmatisation au Québec. Ainsi, la question de recherche à laquelle cette étude tente de répondre est la suivante : *les personnes atteintes d'anorexie et leur famille font-elles l'objet d'attitudes et de perceptions négatives de la part d'une population d'étudiants adultes universitaires québécois?*

Plus spécifiquement, cette étude cherche à identifier :

- 1a. Quelles sont les attitudes des répondants à l'égard des personnes atteintes d'anorexie?
- 1b. Est-ce que ces attitudes engendrent un caractère discréditant pour la personne atteinte d'anorexie?

- 2a. Quelles sont les perceptions des répondants à l'égard de la famille des personnes atteintes d'anorexie?
- 2b. Est-ce que le caractère discréditant attribué à la personne atteinte d'anorexie a le pouvoir de s'étendre à sa famille?

3. Ces attitudes et ces perceptions varient-elles en fonction de l'âge, du sexe, du domaine d'études, du degré de connaissance de la problématique et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie?

En d'autres termes et s'appuyant sur la stigmatisation définie dans le cadre conceptuel, cette étude vise d'abord à déterminer si l'attribut « anorexie » engendre un caractère discréditant. Dans le processus de stigmatisation, les attributs (dans cette étude l'anorexie) deviennent associés à des dispositions discréditantes, qui sont des évaluations négatives et des stéréotypes. Comme ceux-ci sont connus et partagés de la population, ils deviennent une base à l'exclusion et à l'évitement des personnes faisant partie de la catégorie stéréotypée. Le deuxième objectif de cette étude est de connaître si le caractère discréditant de l'attribut peut s'étendre à la famille du discrédité (le pouvoir d'extension), qui ressentira également les impacts négatifs de la stigmatisation. Le troisième objectif vise à savoir si ces perceptions et ces attitudes varient en fonction de l'âge, du sexe, du domaine d'études, du degré de connaissance de la problématique et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie.

Il convient en terminant de faire quelques précisions au sujet de la terminologie. Les recherches qui se sont penchées sur le sujet de la stigmatisation des personnes souffrant d'un trouble alimentaire utilisent plusieurs termes souvent indifférenciés : attitudes (Branch & Eurman, 1980; Crisafulli et al., 2008; Mond et al., 2006; Roehrig & McLean, 2009), perceptions (Stewart et al., 2006; Wingfield et al., 2010), opinions publiques (Crisp, 2005), stéréotypes, préjugés (Stewart et al., 2008). Dans cette recherche, les « attitudes » des répondants à l'égard des personnes aux prises avec l'anorexie et les « perceptions » des répondants à l'égard de la famille de la personne atteinte d'anorexie sont étudiées.

La définition initiale du terme « attitude » réfère à une « disposition mentale ou nerveuse, organisée par l'expérience et qui exerce une influence directrice ou dynamique sur la conduite de l'individu par rapport à tous les objets et à toutes les situations avec lesquelles il est en liaison » (Allport dans Brimo, 1972, pp. 237-238). Quatre caractéristiques se dégagent de cette définition (Béland, 1984, p. 362) :

1. « Les attitudes sont des prédispositions à agir plutôt que des actions comme telles;
2. Les attitudes ne changent pas spontanément; elles durent;
3. Elles tendent à s'organiser selon une configuration régulière de manifestations individuelles envers un objet ou un sujet;

4. Elles tendent à engager émotionnellement les individus envers des objets et des sujets sociaux ».

Bien que les recherches sur les attitudes aient évolué depuis cette première définition, la majorité des auteurs semblent s'entendre sur le fait que l'attitude soit une prédisposition latente (Mayer & Ouellet, 1991).

Le terme « perception », quant à lui, sera compris dans cette étude comme un filtre de la réalité, une façon de s'informer sur le monde à l'aide de chacun des cinq sens (Dictionnaire de psychologie, 2010).

Chapitre 3 | Méthodologie

Cette section présente l'approche privilégiée, la population à l'étude et l'échantillonnage, la collecte des données, le profil des répondants, l'analyse des données, les limites de l'étude ainsi que les considérations éthiques.

3.1 Approche privilégiée

Cette étude s'attarde aux attitudes et aux perceptions d'étudiants universitaires québécois à l'égard de l'anorexie. Il s'agit d'une recherche descriptive visant à mesurer si les personnes aux prises avec ce trouble mental ainsi que leur famille sont l'objet d'attitudes et de perceptions négatives, qui pourraient s'avérer stigmatisantes.

La recherche en sciences sociales offre aujourd'hui deux perspectives méthodologiques, ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients : l'approche quantitative et l'approche qualitative (Turcotte, 2000). Le choix de l'une ou de l'autre ou même de ces deux méthodes s'effectue selon les objectifs de recherche. Dans la présente étude, l'approche quantitative est privilégiée puisque ses objectifs visent à chiffrer une réalité, celle des attitudes et des perceptions d'un segment de la population sur une thématique donnée. Selon Johnson et Onwuegbuzie (2004), les méthodes quantitatives sont utiles afin d'étudier un grand nombre de personnes dans un court laps de temps. Colliger un grand nombre d'opinions par une approche quantitative permet également d'isoler certaines variables pour en faire des analyses comparatives. Dans cette étude, les attitudes et les perceptions des répondants sont analysées en fonction de leur sexe, de leur âge, de leur domaine d'études, de leur degré de connaissance de la problématique et de leur degré de proximité avec l'anorexie. Ces nouvelles connaissances permettent de dresser un premier portrait des attitudes et des perceptions à l'égard des personnes atteintes d'anorexie et de leur famille. Elles prennent aussi en considération les limites des études actuelles sur le sujet en intégrant de nouvelles variables auparavant non mesurées.

3.2 Population à l'étude et échantillonnage

Dans cette étude, une bonne partie de la population québécoise aurait pu être incluse. Par souci de faisabilité dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, la population à l'étude a toutefois été circonscrite aux étudiants de l'Université Laval. Il s'agit donc d'un échantillon de convenance. Deux modes de recrutement ont été utilisés.

Un premier recrutement a été réalisé par la technique de l'échantillonnage par grappes. Pour choisir les répondants, des cours de deux départements ont été sélectionnés du fait qu'un nombre élevé d'étudiants y est inscrit. Le recrutement s'est déroulé ainsi : 1) Un courriel a été envoyé aux professeurs dispensant des cours à des groupes nombreux afin de solliciter leur participation; 2) Les professeurs ayant accepté de participer ($n = 3$) ont reçu la visite de l'étudiante chercheuse afin de présenter la recherche, la participation demandée et de répondre aux questions des étudiants (pour les cours en ligne, le professeur a reçu le lien du formulaire de consentement et du questionnaire directement); 3) À la suite de cette visite, le professeur a reçu le lien du formulaire de consentement et du questionnaire, qu'il a rendu disponible sur le site WebCT du cours et 4) Les étudiants désirant participer ont pu remplir le questionnaire en ligne. Afin de préserver la confidentialité des étudiants et d'éviter tout préjudice en lien avec le choix ou non de participer, en aucun cas le professeur n'a pu savoir qui de ses étudiants avait accepté de participer et qui avait refusé³¹. Afin également d'éviter l'effet du participant captif (Lamoureux, 2000), des consignes sur le fait que la participation de chacun est volontaire ont été données par l'étudiante chercheuse. De cette façon, les étudiants ont pu exercer pleinement leur droit à un consentement libre et éclairé. Cette première collecte de données s'est déroulée entre le 17 novembre et le 22 novembre 2010.

Dans le cas où le nombre de participants rassemblé était insuffisant, un deuxième mode de recrutement avait été planifié : l'échantillonnage de volontaires, par les listes de courriels

³¹ Une vérification a été faite auprès du service informatique qui gère les plates-formes de cours (APTI) afin de s'assurer que les professeurs ne puissent pas avoir accès à ces informations.

des étudiants de l'Université Laval ($N = 47\ 679$). Les étudiants désirant participer à la recherche pouvaient ainsi cliquer sur le lien du questionnaire ou communiquer avec l'étudiante chercheuse, s'ils avaient des questions. Constatant effectivement que le nombre de personnes ayant rempli le questionnaire à la suite du recrutement par grappe était restreint et principalement composé de femmes, un premier message a été envoyé le 24 novembre 2010 aux étudiants masculins de l'Université Laval, afin d'équilibrer le nombre d'hommes et de femmes participants. La réponse des hommes a été nombreuse, ce qui a créé un déséquilibre inverse : beaucoup plus de répondants que de répondantes. Pour tenter de remédier à la situation, un deuxième message a été envoyé le 26 novembre à la communauté étudiante, cette fois-ci s'adressant aux femmes. Celles-ci ont également répondu en grand nombre, ce qui explique qu'un équilibre n'a pas pu être atteint dans la composition finale de l'échantillon (71% de femmes et 29% d'hommes)³². Le sondage a été fermé lorsque le 1000^e répondant a été atteint, soit le 27 novembre 2010.

Les procédés d'échantillonnage utilisés dans ce projet de recherche n'ont pas permis d'obtenir un échantillonnage probabiliste. D'abord, la force de cet échantillon est son nombre élevé de répondants ($N = 1000$). Cependant, celui-ci n'a pas pu être représentatif puisque les courriels ont été envoyés aux étudiants inclus dans la liste des courriels (les étudiants ayant demandé à être exclus de cette liste n'ont donc pas été sollicités). De plus, leur participation était volontaire, ce qui fait qu'on peut penser que les personnes qui ont accepté de participer avaient un profil particulier, ce qui s'est effectivement réalisé, vu le taux important de gens ayant mentionné avoir une bonne connaissance de l'anorexie (62,4%). Il demeure tout de même que le nombre important de répondants a contribué à donner une puissance statistique significative aux résultats de cette recherche.

³² À la session d'automne 2009, la clientèle étudiante inscrite à l'Université Laval se composait à 58,8% de femmes et 41,2% d'hommes (<http://www2.ulaval.ca/notre-universite/luniversite-laval-en-bref/les-etudiants-les-diplomes-le-personnel.html>).

3.3 Collecte des données

L'instrument de mesure utilisé dans cette étude est un questionnaire auto-administré. Selon Caplow (1970), le questionnaire représente une forme d'entrevue plus structurée. Il est tout à fait adapté aux études portant sur de grands échantillons et aux méthodes quantitatives du fait qu'il permet de systématiser et de standardiser les observations (Chauchat, 1985). Toutefois, pour que la procédure de collecte d'informations au moyen d'un questionnaire soit valide, quatre conditions doivent être satisfaites (Blais & Durand, 2003) :

1. La disponibilité des informateurs (l'échantillon doit pouvoir être rejoint et doit accepter de répondre au questionnaire) ;
2. La capacité de répondre (les répondants doivent être en mesure de saisir le sens des questions et posséder les informations demandées) ;
3. La transmission fidèle de l'information (les répondants doivent pouvoir et vouloir communiquer sans distorsion de l'information) ;
4. L'enregistrement fidèle de l'information (l'information doit être enregistrée correctement par le chercheur).

Dans cette étude, un questionnaire auto administré en ligne a été distribué aux étudiants de l'Université Laval dans le but de connaître leurs attitudes et leurs perceptions à l'égard de l'anorexie. Il s'agit donc d'un mode de collecte des données ponctuel, ou transversal, puisque le questionnaire n'a été administré aux étudiants qu'une seule fois.

Le questionnaire a été construit avec l'aide du logiciel *Survey Monkey*, un logiciel de création de sondages en ligne. Les avantages de son utilisation sont qu'il est facile à opérer pour le chercheur et convivial pour le répondant, qu'il optimise le rendement du questionnaire grâce à des options de validation de réponses, qu'il permet la définition de limites et de permissions afin de s'assurer d'obtenir les réponses souhaitées, qu'il assure la sécurité et la confidentialité des données et que l'analyse des résultats est simple et rapide.

Le sujet de la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble alimentaire étant relativement peu étudié, il n'existe pas d'instrument de mesure standardisé aux qualités psychométriques satisfaisantes pour ce type de problématique et encore moins en français. Ainsi, pour cette étude, un questionnaire a été construit en s'inspirant des travaux de Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) et des travaux de Crisp, et al. (2000). Le questionnaire se trouve à l'Annexe 2 de ce document. Il commence avec la lecture d'une vignette clinique, adaptée de Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006), afin que les répondants puissent s'appuyer sur les mêmes informations pour répondre au questionnaire :

Lucie est une étudiante de 16 ans. Elle est en secondaire 5. Au moment des changements corporels qui sont apparus lors de sa puberté, elle est devenue très préoccupée par son apparence corporelle. À son entrée à l'école secondaire, Lucie s'est inscrite à un centre d'entraînement et a commencé à faire de la course à pied une fois par jour. Grâce à ce programme d'entraînement, elle a graduellement perdu du poids. Parallèlement, Lucie a débuté un régime. Elle évite les produits engraisants, ne mange pas entre les repas et ne consomme que des aliments bons pour la santé. Certains jours, elle mange très peu, voire pas du tout. En restreignant son alimentation, Lucie est parvenue à perdre encore plus de poids. Celui-ci est maintenant en dessous du poids normal pour son âge et sa grandeur et elle n'a plus de menstruations. Malgré sa maigreur et son apparence émaciée, Lucie nie qu'elle soit trop maigre. Elle se dit terrifiée à l'idée de devenir obèse et refuse de reprendre quelques livres. La relation avec ses parents est de plus en plus tendue et ses notes à l'école commencent à chuter depuis quelques mois. Elle s'isole au fur et à mesure de sa perte de poids. Elle ne fréquente plus ses amies en dehors des heures scolaires. De plus, elle évite d'aller à la cafétéria avec ses amies à l'heure des repas; elle préfère aller marcher seule autour de l'école. Enfin, elle va à la bibliothèque lors des pauses plutôt qu'à la salle communautaire de l'école où se trouvent ses amies. Elle se montre peu intéressée par les autres et peu concernée par ce qui leur arrive.

Le questionnaire est ensuite divisé en deux sections, visant à connaître l'opinion du répondant à l'égard d'une personne atteinte d'anorexie et son opinion à l'égard de la famille de cette personne. Plus précisément, il vise principalement à connaître les perceptions à l'égard des personnes atteintes d'anorexie et leur famille. Cependant, quelques questions mesurant les attitudes ont également été incluses. Ces questions s'inspirent des techniques de mesure des attitudes qui ont notamment été élaborées par Debaty (1967), par Pinto & Grawitz (1967), par McGuire (1968), par Lemon (1973) et par Mucchielli (1975). Le questionnaire inclut 26 questions directes fermées à échelle de type Likert (à 4 choix de

réponse). Le fait de permettre 4 choix de réponses vise à contourner les difficultés liées au point neutre³³ et à favoriser la prise de position du répondant. Le questionnaire comprend également deux questions ouvertes où les répondants doivent écrire les 4 mots qui leur viennent en tête lorsqu'ils pensent à la mère et au père d'une personne atteinte d'anorexie. Ce type de questions vise à collecter des associations de mots afin de cerner des univers sémantiques (Abric & et al., 2003; Doise, Clémence, & Lorenzi-Cioldi, 1992). Les mots ainsi obtenus forment un dictionnaire qui peut donner lieu à différents types de traitement. Des questions reliées au profil des répondants ainsi qu'une question ouverte leur donnant la possibilité d'exprimer leurs commentaires terminent le questionnaire.

Enfin, le questionnaire a été prétesté auprès de cinq personnes afin de s'assurer que sa construction était adéquate et que le temps de complétion demeurait court (environ 15 minutes).

3.4 Profil des répondants

L'échantillon est composé de 1000 répondants. De ce nombre, 71 % ($n = 642$) sont des femmes et 29 % ($n = 262$) sont des hommes. Quatre-vingt-seize personnes n'ont pas répondu à la question. L'âge des répondants (Tableau 3) varie entre 18 et 68 ans ($M = 24,0$ ans).

Tableau 3
Âge des répondants

	Fréquence	Pourcentage
18 à 27 ans	735	81,4
28 à 37 ans	148	16,4
38 à 68 ans	20	2,2
Total	903	100,0

³³ Selon Chauchat (1985), une réponse se situant au point neutre n'est pas nécessairement le reflet d'une opinion neutre, du fait que celle-ci peut s'interpréter de différentes façons : un refus de répondre, le fait de ne pas savoir quoi répondre, une opinion qui va d'un extrême à l'autre ou une solution de facilité.

Aux fins de comparaison, les répondants ont été classés en fonction de leur domaine d'études (Tableau 4), selon que leur discipline était liée à l'intervention psychosociale (17,6 %), aux sciences de la santé (16,2 %), aux sciences naturelles (23,1 %), aux sciences humaines et sociales (excluant les domaines liés à l'intervention sociale) (29,1 %) ou aux arts, aux lettres ou à l'enseignement (14,0 %).

Tableau 4
Domaines d'études des répondants

	Fréquence	Pourcentage
Liés à l'intervention psychosociale ^a	157	17,6
Liés aux sciences de la santé ^b	145	16,2
Liés aux sciences naturelles ^c	206	23,1
Liés aux sciences humaines et sociales (excluant les domaines liés à l'intervention sociale) ^d	260	29,1
Liés aux arts, aux lettres ou à l'enseignement ^e	125	14,0
Total	893	100,0

^aPsychologie, service social, counseling et orientation, psychoéducation, relation d'aide, sexologie, toxicomanie et neuropsychologie. ^bMédecine, sciences infirmières, nutrition, éducation physique, pharmacie, médecine dentaire, alimentation, ergothérapie, intervention sportive, kinésiologie, orthophonie, physiologie, endocrinologie, physiothérapie, réadaptation et santé communautaire. ^cSciences, génie, foresterie, agronomie, actuariat, agriculture, aménagement du territoire, architecture, arpentage, biochimie, biologie, chimie, écologie, environnement, épidémiologie, génétique, géographie, géologie, géomatique, informatique, mathématiques, physique, sciences et technologie des aliments. ^dSociologie, anthropologie, politique, philosophie, économie, administration, droit, affaires publiques et internationales, archéologie, archivistique, communication, consommation, études anciennes, études féministes, histoire, journalisme, muséologie, relations industrielles, sciences des religions, statistique, théologie et tourisme. ^eArts plastiques ou visuels, création littéraire, design graphique, didactique des langues, études hispaniques, études internationales et langues modernes, études littéraires, langue, lettres, linguistique, littératures, musique, rédaction professionnelle, science du langage, théâtre, traduction, enseignement préscolaire, primaire, secondaire, collégial, professionnel ou technique et éducation.

Les répondants ont déclaré à 62,4 % ($n = 563$) avoir une connaissance moyenne ou bonne de l'anorexie, à 37,3 % ($n = 336$) en avoir une connaissance vague et à 0,3 % ($n = 3$) ne rien connaître sur le sujet. Des 563 répondants ayant déclaré avoir une connaissance moyenne ou bonne de l'anorexie, 52,2 % ($n = 294$) ont affirmé bien connaître la problématique pour l'avoir vécu de près, pour eux-mêmes ou pour un proche³⁴ (Tableau 5) et 43,0 % ($n = 242$) pour avoir suivi un cours sur le sujet dans le cadre de leurs études.

³⁴ Le terme « proche » a été évalué différemment par les répondants. Par exemple, il pouvait inclure « une connaissance de classe », « l'amie d'une amie », etc. Les données ont donc été redistribuées afin d'uniformiser les réponses. Seuls les répondants ayant mentionné avoir souffert de la problématique

Tableau 5
 Degré de proximité de l'anorexie des répondants déclarant avoir une connaissance moyenne ou bonne du sujet

	Fréquence	Pourcentage
J'ai eu un cours sur le sujet dans le cadre de mes études	242	43,0
J'ai suivi une formation en dehors de mon programme d'étude	42	7,5
J'ai eu à intervenir de façon professionnelle auprès de cette clientèle	26	4,6
J'ai vécu de près la problématique (pour moi-même ou pour un proche)	294	52,2
Autre (connaissances éloignées, souffert d'un autre trouble alimentaire, intérêt personnel, conférences, films, documentaires, médias, intervention dans les écoles primaires et secondaires, recherche ou exposé oral faits à l'école)	172	30,6

Note. Le total excède 100% parce que les répondants pouvaient choisir plus d'une réponse.

3.5 Analyse des données

Les données colligées ont fait l'objet d'un traitement statistique à l'aide des logiciels *Survey Monkey* et *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Les analyses ont reposé sur l'utilisation de statistiques, de tableaux et de graphiques.

Dans un premier temps, les distributions de fréquence ont été présentées et des analyses univariées ont été réalisées. Pour chacun des résultats, des mesures de tendance centrale ont été fournies. Les valeurs vont de 1 à 4. Pour le plupart des questions, 1 correspond à « pas du tout » et 4 à « beaucoup ». Cependant, le lecteur peut se référer au questionnaire (Annexe 2) pour l'échelle de chacune des questions.

eux-mêmes ou avoir un membre de leur famille proche ou un ami intime en ayant souffert ont été inclus dans cette catégorie. Les connaissances plus éloignées ont été exclues de la catégorie « J'ai vécu de près la problématique (pour moi-même ou pour un proche) » afin de refléter le fait d'avoir vécu la problématique de près.

Dans un deuxième temps et en préparation aux analyses bivariées, une série de tests de cohérence interne (alpha de Cronbach) a été réalisée afin d'examiner la possibilité de créer des échelles de mesure en regroupant certaines questions. Les regroupements « Ampleur », « Contribution à la société », « Attributs négatifs », « Distance sociale », « Désirabilité » et « Culpabilité des parents » ont été réalisés. Selon Nunnally (1978), le seuil minimum requis pour l'alpha de Cronbach (α) est de ,70. Sur la base de ce paramètre, l'analyse de la cohérence interne a montré qu'il était possible de regrouper en construits les aspects suivants : « Contribution à la société » ($\alpha = ,78$), « Désirabilité » ($\alpha = ,74$) et « Culpabilité des parents » ($\alpha = ,94$). Pour cette dernière échelle, la question 24 « Pensez-vous que les parents de Lucie soient la cause de l'anorexie de leur fille » a été exclue du regroupement afin de conserver un alpha de Cronbach optimal. L'analyse a montré une très forte corrélation entre les trois questions (Pensez-vous que les parents de Lucie soient la cause de l'anorexie de leur fille ? Pensez-vous que la MÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie ? Pensez-vous que le PÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie ?), ce qui nous a incités à retirer la question 24, trop redondante. Les autres regroupements ont été abandonnés, leur cohérence interne n'étant pas assez forte. Ces variables ont été traitées de façon indépendante, puisqu'il semble qu'elles mesurent des construits différents.

Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées (khi carré, corrélation de Pearson, V de Cramer, indice eta-carré) en fonction du sexe, de l'âge, du domaine d'études, du degré de connaissance de l'anorexie et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie.

Des analyses de données qualitatives ont également été réalisées à l'aide de la technique d'association libre (Abric, 1994; Moliner, 1996; Moliner, Rateau, & Cohen-Scali, 2002). Cette technique permet d'explorer les significations spontanées en lien avec l'objet de représentation (les parents d'une personne atteinte d'anorexie, dans la présente étude). Selon Abric (1994), cette technique est particulièrement adaptée à la mise en évidence de catégories cognitives sur le plan de leur organisation et de leur systématisation par les sujets. En d'autres mots, elle permet d'avoir accès à la représentation que l'individu se fait d'un objet. Les représentations sociales peuvent être définies comme étant l'ensemble

organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné (Jodelet, 1984, 1989). Elles peuvent aussi être désignées comme « savoir de sens commun » ou « savoir naïf », « naturel ». En ce sens, cette forme de connaissance est distinguée de la connaissance scientifique. Cependant, elle est tenue « pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales » (Dantier, 2007, p. 7).

Les répondants avaient à se prononcer sur les deux questions suivantes : Spontanément, quels sont les quatre (4) mots qui vous viennent en tête lorsque vous pensez à la mère de Lucie ? et au père de Lucie ? À ces questions, les répondants devaient indiquer jusqu'à 4 mots qui leur venaient spontanément à l'esprit lorsqu'ils pensaient au père et jusqu'à 4 autres lorsqu'ils pensaient à la mère de cette personne. Cet exercice d'association libre a permis de colliger près de 3000 mots pour chacun des parents.

Dans un premier temps, pour chacun des parents, les 3000 mots ont été classés en arborescence afin de tenter de dégager un sens aux données récoltées³⁵ (Negura, 2006). Les mots ont d'abord été classés en trois catégories générales (ce que le parent vit devant la maladie, les comportements de soutien du parent et l'image que les répondants ont de ce parent). Puis, devant la grande diversité des mots mentionnés par les répondants, les mots classés dans chacune de ces trois catégories ont été regroupés afin de générer une série de sous-catégories (par exemple, est affecté, démontre son amour ou est centré sur son image) toujours dans l'idée de faire ressortir la signification des mots. Dans un troisième temps, ces sous-catégories ont été classées selon qu'elles attribuent une caractéristique positive (+), neutre (+/-) ou négative (-) au parent. Cette analyse du contenu de la représentation sociale par la technique de l'association libre (Abric, 1994; Moliner, 1996;

³⁵ Selon Moscovici (1976), le processus fondamental de la formation de la représentation sociale est la communication, appréhendable par l'analyse de contenu. Ainsi, les représentations sociales fournissent le matériel pour alimenter la communication sociale. L'objectif de l'analyse de contenu est double : d'un côté, tenter de dégager la signification de l'énoncé pour l'émetteur (sa subjectivité), de l'autre, chercher à établir la pertinence pour le récepteur (son objectivité) (Negura, 2006).

Moliner et al., 2002) a permis de dresser un portrait du père et de la mère d'une personne atteinte d'anorexie selon les perceptions des répondants.

3.6 Limites de l'étude

Malgré toutes les précautions prises afin de générer des résultats qui soient les plus réalistes possible, toute recherche a nécessairement des limites. La présente étude comporte donc des limites sur les plans du choix du sujet, de l'instrument, de l'échantillonnage et de la validité externe.

Le fait que ce projet de mémoire ne traite que de l'anorexie est une première limite. Disposant d'un temps et d'un budget restreints dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, cette étude a dû circonscrire son objet d'étude à un seul trouble des conduites alimentaires, soit l'anorexie. Cependant, le champ des troubles alimentaires est varié et complexe et aurait bénéficié de mesurer les attitudes et les perceptions à l'égard de plusieurs de ces troubles mentaux.

D'autre part, le questionnaire utilisé dans cette étude a été construit en s'inspirant d'autres questionnaires traitant du même sujet (Crisp et al., 2000; Mond et al., 2006). Ses critères de fidélité et de validité ne sont donc pas connus, ce qui est une limite importante de cette étude.

Également, les procédés d'échantillonnage utilisés n'ont pas permis d'obtenir un échantillonnage probabiliste puisque les membres de la population à l'étude n'ont pas eu une chance égale d'être choisis et que leur participation a été volontaire.

De plus, il ne faut pas perdre de vue que l'échantillon comprend des personnes scolarisées et qu'un pourcentage important de celles-ci ont mentionné avoir une connaissance bonne ou moyenne de l'anorexie (dont plusieurs pour l'avoir vécu de près, elles-mêmes ou chez un proche), ce qui limite la généralisation des résultats.

Enfin, des limites existent sur le plan de la validité externe. Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population puisque l'échantillon n'est pas représentatif de la population sondée.

3.7 Considérations éthiques

Ce projet de recherche fait appel à des sujets humains. Par conséquent, l'étudiante chercheuse s'est assurée de respecter la dignité des personnes impliquées, et ce, à toutes les étapes du projet. Pour ce faire, les trois principes directeurs suivants ont été respectés : 1) la préoccupation pour le bien-être; 2) le respect des personnes et 3) la justice.

D'abord, l'étudiante chercheuse est responsable de tenir compte du bien-être des participants et des conséquences de la recherche sur ceux-ci et la société en général. Pour ce faire, elle a inclus dans le formulaire de consentement une liste de ressources où une personne qui aurait été affectée par les questions du questionnaire pourrait s'adresser. De plus, les numéros des questionnaires sont utilisés pour l'analyse. Nulle part, les noms des répondants ne sont demandés. Par conséquent, tout au long de la recherche, aucun répondant ne peut être identifié. La base de données Excel est également conservée sur un ordinateur protégé par un mot de passe.

Ensuite, l'étudiante chercheuse a le double devoir moral de respecter l'autonomie (c'est-à-dire la capacité de jugement) et de protéger ceux dont l'autonomie peut être compromise ou diminuée. Celle-ci s'est assurée d'une participation libre et éclairée, fondée sur la connaissance de la recherche ainsi que des risques et des avantages y étant associés. L'étudiante chercheuse a pris quelques minutes pour s'adresser aux étudiants dans la classe afin de leur présenter les objectifs de la recherche, la participation demandée et de répondre à leurs questions. Ces informations se trouvent également dans le formulaire de consentement (intégré au début du questionnaire) que les répondants ont dû lire avant de remplir le questionnaire. Les étudiants qui ont accepté de participer sont donc d'eux-mêmes allés remplir le questionnaire en ligne sur le site WebCT de leur cours. Les étudiants qui ont été recrutés par les courriels de l'Université Laval ont cliqué directement sur le lien du

questionnaire afin de lire le formulaire de consentement et de répondre ensuite au questionnaire.

Enfin, l'étudiante chercheuse doit s'assurer de traiter les personnes de façons juste et équitable et de porter une attention particulière au déséquilibre entre le pouvoir du chercheur et celui du participant. À ce sujet, les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer du processus en tout temps, et ce, sans préjudice. Ils pouvaient aussi quitter le questionnaire à tout moment, selon leur désir.

Chapitre 4 | Présentation des résultats

Cette étude vise dans un premier temps à examiner si l'attribut « anorexie » engendre un caractère discréditant pour la personne souffrant d'anorexie. Selon le concept de la stigmatisation, les attributs (dans cette étude l'anorexie) deviennent associés à des dispositions discréditantes, qui sont des évaluations négatives et des stéréotypes. Ceux-ci étant connus et partagés de la population, ils deviennent une base à l'exclusion et à l'évitement des personnes faisant partie de la catégorie stéréotypée. Les perceptions et les attitudes des répondants à l'égard des personnes atteintes d'anorexie, présentées dans la première section de ce chapitre, visent donc à déterminer si les personnes vivant cette problématique peuvent être prédisposées à la stigmatisation. La deuxième section de ce chapitre vise à savoir si le caractère discréditant de l'anorexie peut s'étendre à la famille du discrédité (le pouvoir d'extension), qui pourrait également ressentir les impacts négatifs de la stigmatisation. La troisième section présente les résultats des analyses bivariées réalisées en fonction du sexe, de l'âge, du domaine d'études, du degré de connaissance de l'anorexie et du degré de proximité que les répondants ont avec l'anorexie. Lorsque pertinent, des commentaires formulés par les répondants qui souhaitaient préciser leurs réponses ($n = 272$) ont été ajoutés. Enfin, il est important de préciser que l'interprétation des résultats a été centrée sur les attitudes et les perceptions pouvant mener à de la stigmatisation.

4.1 Caractère de l'anorexie

Cette portion de chapitre présente les résultats concernant le caractère discréditant de l'anorexie sur la personne aux prises avec la problématique. Elle est divisée en cinq sections : l'ampleur de l'anorexie, la contribution à la société de la personne atteinte, les caractéristiques attribuées à la personne atteinte, la distance sociale avec la personne atteinte et la désirabilité envers la personne atteinte.

4.1.1 Ampleur de l'anorexie

Sous le terme « ampleur de l'anorexie » ont été regroupées les questions traitant de la détresse perçue, de la sévérité associée à l'anorexie, de la durée de la maladie, de la possibilité de s'en rétablir seule ou avec de l'aide professionnelle.

On constate d'abord qu'une forte majorité des répondants (92,0 %) a perçu le problème présenté par Lucie³⁶ comme étant modérément ou très souffrant (Tableau 6). Le score moyen à cette question est de 3,6. Également, la presque totalité des répondants (99,7 %) a perçu le problème présenté par Lucie comme étant modérément ou très grave. Le score moyen à cette question est de 3,9. À ce sujet, des répondants ($n = 10$) ont souhaité ajouter que l'anorexie est « une problématique à prendre au sérieux », qu'elle est « une maladie grave, et non un choix », que l'anorexie est « quelque chose de difficile à vivre, autant pour l'individu que pour les proches ». Ils ont également déploré que « les gens ne voient que les symptômes extérieurs », que l'anorexie « ne fait pas juste maigrir, elle démolit nos fonctions vitales plus vite que l'on pense! ». Une personne a même comparé l'anorexie à « une tentative de suicide déguisée ».

Cependant, les répondants sont partagés à l'idée que le problème de Lucie puisse être lié à la crise d'adolescence : 59,1 % croient qu'il ne le serait probablement ou assurément pas alors que 40,9 % croient qu'il le serait probablement ou assurément. Le score moyen à cette question est de 2,3.

Enfin, la presque totalité des répondants (94,5 %) a affirmé penser que Lucie ne pourrait probablement ou assurément pas résoudre son problème seule. Le score moyen est de 1,6. Ils ont également affirmé à 98,3 % penser que Lucie pourrait probablement ou assurément résoudre son problème si elle recevait l'aide professionnelle appropriée. Le score moyen est de 3,3. À ce sujet, des répondantes qui ont été confrontées à l'anorexie de près ($n = 9$) ont

³⁶ Se référer à la page 63, pour la vignette clinique.

voulu préciser certains éléments concernant le rétablissement. Certaines affirment s'en être sorties complètement :

J'en ai souffert et je m'en suis sortie par moi-même, car j'ai réalisé à quel point tout ça me compliquait la vie et attristait mes proches (répondante 567, femme, 25 ans).

Je l'ai vécue. J'ai souffert plus que je pensais qu'il était possible de souffrir dans une vie. Mais je m'en suis sortie, plus forte et plus mature (répondante 560, femme, 25 ans).

D'autres, qu'elles s'en sont sorties, mais en gardent une certaine vulnérabilité :

On n'élimine pas l'anorexie de notre vie. Il faut comprendre pourquoi elle est là et apprendre à vivre à ses côtés. Après 15 ans de guérison, je ne présente plus de signes physiques de l'anorexie. Par contre, ce partenaire silencieux cohabite toujours dans ma tête. J'apprends encore à l'appivoiser (répondante 581, femme, 29 ans).

Et d'autres, enfin, ne s'en être jamais sorties :

J'ai été anorexique pendant 12 ans et j'ai encore des problèmes reliés à mes comportements restrictifs face à la nourriture (répondante 695, femme, 26 ans).

De plus, 3 répondants ont formulé des doutes par rapport aux traitements destinés aux personnes atteintes d'anorexie, dans ce sens où ils ont l'impression que les traitements ne sont pas adéquats :

Je ne crois pas que les traitements soient adéquats. Ma cousine a souffert d'anorexie très sévère pendant 2 ans où elle a dû être hospitalisée. Maintenant elle est sortie, son poids est redevenu stable, donc les médecins la considèrent comme "guérie". Toutefois, cela ne l'empêche pas d'aller jogger à 23h pour avoir mangé une part de gâteau... (répondante 231, femme, 20 ans).

Tableau 6
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet de leur perception de l'ampleur de l'anorexie

Questions	Ampleur de l'anorexie			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Selon vous, le problème présenté par Lucie la fait-il souffrir? (<i>N</i> = 1000)	1,8 (18)	6,2 (62)	18,8 (188)	73,2 (732)
2. Selon vous, le problème de Lucie est-il grave? (<i>n</i> = 996)	0,0 (0)	0,3 (3)	11,0 (110)	88,7 (883)
	Assurément pas	Probablement pas	Probablement	Assurément
3. Selon vous, le problème de Lucie est-il relié à la crise d'adolescence? (<i>n</i> = 995)	12,7 (126)	46,4 (462)	39,5 (393)	1,4 (14)
4. Selon vous, Lucie peut-elle résoudre son problème seule? (<i>n</i> = 995)	42,9 (427)	51,6 (513)	5,0 (50)	0,5 (5)
5. Selon vous, Lucie peut-elle résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée? (<i>n</i> = 993)	0,1 (1)	1,5 (15)	63,7 (633)	34,6 (344)

En résumé, les répondants ont la perception que l'anorexie engendre de la souffrance chez la personne qui la vit et que cette affection est grave. Les répondants sont toutefois partagés sur le fait que l'anorexie puisse être liée à la crise d'adolescence. Ils pensent que l'anorexie ne se guérit pas seule, mais qu'avec l'aide professionnelle appropriée, la personne peut s'en rétablir. Ce dernier résultat laisse entendre que les répondants voient l'anorexie comme étant une maladie nécessitant un traitement professionnel.

4.1.2 Contribution à la société de la personne atteinte

Sous le terme « contribution à la société » ont été regroupées les questions traitant de l'amitié, de l'empathie, des relations amoureuses, du travail et de la parentalité.

Au sujet de la contribution à la société de la personne atteinte d'anorexie qui aurait reçu les traitements appropriés, 95,0 % des répondants ont affirmé qu'elle retournerait probablement ou très probablement vers ses amies (Tableau 7), 96,6 % qu'elle serait probablement ou très probablement capable d'avoir de l'intérêt et de l'empathie à l'égard des autres et 96,8 % qu'elle pourrait probablement ou très probablement s'investir dans une relation amoureuse. Les scores moyens respectifs à ces questions sont de 3,2; de 3,3 et de 3,4. Également, 98,1 % des répondants ont affirmé qu'elle pourrait probablement ou très probablement devenir une professionnelle productive et 97,0 % qu'elle pourrait probablement ou très probablement devenir une bonne mère si elle recevait les traitements appropriés. Les scores moyens à ces deux questions sont de 3,6 et de 3,5.

Tableau 7
Répartition [% (n)] des répondants au sujet de leur perception de la contribution à la société de la personne atteinte d'anorexie

Questions	Contribution à la société de la personne atteinte			
	Très improbable	Improbable	Probable	Très probable
6. ...pensez-vous qu'elle retournerait vers ses amis? (n = 988)	0,5 (5)	4,5 (44)	67,7 (669)	27,3 (270)
7. ... pensez-vous qu'elle serait capable d'avoir de l'intérêt et de l'empathie à l'égard des autres? (n = 986)	0,5 (5)	2,9 (29)	62,4 (615)	34,2 (337)
8. ...pensez-vous qu'elle pourrait s'investir dans une relation amoureuse? (n = 980)	0,3 (3)	3,0 (29)	58,5 (573)	38,3 (375)
9. ...pensez-vous qu'elle pourrait devenir une professionnelle productive? (n = 978)	0,2 (2)	1,7 (17)	40,6 (397)	57,5 (562)
10. ...pensez-vous qu'elle pourrait devenir une bonne mère? (n = 977)	0,3 (3)	2,7 (26)	43,1 (421)	53,9 (527)

En somme, les répondants ont la perception que la personne atteinte d'anorexie, si elle reçoit les traitements appropriés, peut renouer avec ses amis, avoir de l'intérêt et de l'empathie envers les autres, s'investir dans une relation amoureuse, devenir une professionnelle productive et une bonne mère. Cependant, les répondants semblent être plus confiants que la personne puisse devenir une professionnelle productive et une bonne mère qu'ils ne le sont à l'idée qu'elle puisse renouer avec ses amis, s'investir dans une relation amoureuse et avoir de l'intérêt et de l'empathie à l'égard des autres.

Les différentes variables mesurées dans le thème « contribution à la société » ont été additionnées ($\alpha = ,78$) de manière à obtenir un score global. Les analyses qui suivront utilisent cette échelle de mesure. La moyenne à cette échelle est de 3,39 (Tableau 8).

Tableau 8
Résumé des statistiques pour les scores des échelles de mesure créées

Échelle de mesure	<i>N</i>	Moyenne	Écart-type	Étendue
Contribution à la société	977	3,39	2,01	3,22 - 3,55
Désirabilité	963	1,36	1,24	1,28 - 1,42
Culpabilité des parents	910	1,78	2,02	1,74 - 1,82

4.1.3 Caractéristiques attribuées à la personne atteinte

Sous le terme « attributs négatifs » ont été regroupées les questions traitant de la vanité, de l'égoïsme, de la sensibilité, de la recherche d'attention, de la culpabilité et du comportement de la personne aux prises avec l'anorexie. Il peut être intéressant de rappeler que les répondants n'avaient que peu d'indices dans la vignette clinique pour juger de ces caractéristiques chez Lucie. Il y était mentionné que Lucie est préoccupée par son apparence corporelle, qu'elle évite les produits engraisants, qu'elle mange peu ou pas et que des aliments bons pour la santé, qu'elle nie qu'elle soit trop maigre, que la relation avec ses parents est de plus en plus tendue et qu'elle s'isole et se montre peu intéressée par les autres. C'est donc avec ces éléments que les répondants ont classé Lucie selon les différents attributs négatifs.

Dans un premier temps, la presque totalité des répondants (92,2 %) considère qu'il est improbable ou très improbable que Lucie se serve de la maladie pour se sentir supérieure aux autres filles de son école (Tableau 9). Le score moyen à cette question est de 1,5. Les perceptions sont toutefois plus partagées concernant les autres attributs négatifs. À peine les deux tiers des répondants perçoivent Lucie comme n'étant pas du tout ou un peu centrée uniquement sur elle-même (62,8 %). Il reste que plus du tiers des répondants perçoivent Lucie comme étant modérément ou très centrée sur elle-même (37,3 %). Le score moyen à cette question est de 2,2. Inversement, environ les deux tiers des répondants (63,7 %)

perçoivent Lucie comme n'étant peu ou aucunement sensible aux torts qu'elle cause à sa famille. Le score moyen à cette question est de 2,3. De plus, plus du tiers des répondants (34,1 %) affirment que la maladie de Lucie lui sert modérément ou beaucoup à obtenir de l'attention des autres. Les deux tiers (65,9 %) pensent que la maladie ne lui sert pas du tout ou un peu à obtenir de l'attention des autres. Le score moyen à cette question est de 2,2.

Ensuite, plus des deux tiers des répondants (68,6 %) affirment que Lucie n'est pas du tout ou un peu à blâmer pour son problème. Près du tiers des répondants (31,4 %) pensent toutefois que Lucie l'est modérément ou beaucoup. Le score moyen à cette question est de 2,0. À ce sujet, des répondants ($n = 12$) ont tenu à préciser leur pensée. Leurs propos laissent croire que pour eux, l'anorexie est une maladie qui touche avant tout la personne individuellement : « elle a des problèmes psychologiques », « elle a perdu l'estime de soi », « c'est une question de contrôle de soi », « l'anorexie sous-tend un énorme problème d'image de soi », « elle nourrit ses opinions et confirme ce qu'elle pense par elle-même » ou « je commence à croire qu'elles doivent être heureuses comme ça. Sinon, elles arrêteraient. Avec de la volonté, de l'aide et de l'estime pour soi, on peut tout faire ». Inversement, une personne a tenu à spécifier le fait que « trop peu de gens comprennent que l'anorexie est une maladie hors du contrôle de la victime. Il ne sert à rien de la blâmer, mais plutôt de l'aider! ». Et enfin, une personne affirme que la responsabilité de la personne se situe non pas dans le fait de souffrir d'anorexie, mais plutôt dans sa réaction devant celle-ci (négation, laisser-aller, recherche d'aide, etc.).

Enfin, près des deux tiers des répondants (62,3 %) ont mentionné qu'ils ne seraient pas du tout ou un peu irrités par le comportement anorexique de Lucie. Toutefois, environ le tiers des répondants (37,6 %) a mentionné qu'il le serait. Le score moyen à cette question est de 2,7.

Tableau 9
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet des caractéristiques attribuées à la personne atteinte d'anorexie

Questions	Caractéristiques attribuées à la personne atteinte			
	Très improbable	Improbable	Probable	Très probable
11. Croyez-vous que par sa maladie, Lucie veuille simplement se sentir supérieure aux autres filles de son école? (<i>n</i> = 977)	57,6 (563)	34,6 (338)	6,1 (60)	1,6 (16)
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
12. Croyez-vous que Lucie soit centrée uniquement sur elle-même? (<i>n</i> = 975)	28,7 (280)	34,1 (332)	22,7 (221)	14,6 (142)
13. Croyez-vous que Lucie soit sensible aux torts qu'elle cause à sa famille? (<i>n</i> = 974)	18,8 (183)	44,9 (437)	26,3 (256)	10,1 (98)
14. Selon vous, dans quelle mesure la maladie de Lucie lui sert à obtenir de l'attention des autres? (<i>n</i> = 973)	29,8 (290)	36,1 (351)	23,9 (233)	10,2 (99)
15. Selon vous, dans quelle mesure Lucie est à blâmer pour son problème? (<i>n</i> = 971)	34,2 (332)	34,4 (334)	24,7 (240)	6,7 (65)
19. Si Lucie faisait partie de votre environnement social, dans quelle mesure seriez-vous irrité(e) par son comportement anorexique? (<i>n</i> = 964)	18,0 (174)	44,3 (427)	25,2 (243)	12,4 (120)

En résumé, les répondants ont en général une perception plutôt positive d'une personne atteinte d'anorexie. Toutefois, environ le tiers des répondants perçoivent celle-ci comme étant centrée sur elle-même, à blâmer pour son problème, sentent que sa maladie lui sert à obtenir de l'attention des autres et trouvent ses symptômes anorexiques irritants.

Également, les deux tiers des répondants la perçoivent comme n'étant pas sensible aux torts qu'elle cause à sa famille.

4.1.4 Distance sociale avec la personne atteinte

Sous le terme « distance sociale » ont été regroupées les questions traitant de la proximité que le répondant accepterait d'avoir avec la personne atteinte d'anorexie sur les plans de l'employabilité, des relations amicales et des relations amoureuses.

Concernant la distance sociale, on constate que 93,1 % des répondants se sont montrés intéressés ou très intéressés à interviewer Lucie pour un poste dont elle a la compétence, sachant qu'elle a reçu des traitements appropriés (Tableau 10). Le score moyen à cette question est de 3,4. Les opinions ont été moins tranchées au sujet d'inviter Lucie à une fête chez eux si elle présentait des symptômes anorexiques alors que 70,5 % des répondants ont indiqué être intéressés ou très intéressés. Le score moyen à cette question est de 2,8. Enfin, 98,4 % des répondants ont affirmé ne pas avoir tendance ou être un peu tentés de remettre la relation en question s'ils apprenaient que leur chum ou leur blonde a souffert d'anorexie dans le passé. Le score moyen à cette question est de 1,1.

À priori, les résultats peuvent paraître incohérents, cependant, il faut préciser que dans les questions sur la distance sociale, la personne n'est pas au même stade d'actualisation de l'anorexie : avoir vécu de l'anorexie par le passé, avoir reçu les traitements appropriés et présenter des symptômes anorexiques. Ces résultats sont donc à interpréter avec cette précision en tête car il est possible que cette variable ait influencé les réponses.

Tableau 10
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet de leur perception de la distance sociale de la personne atteinte d'anorexie

Questions	Distance sociale avec la personne atteinte			
	Pas du tout	Un peu	Intéressé(e)	Très
16. Si vous étiez un employeur et que vous connaissiez le problème de Lucie, dans quelle mesure seriez-vous intéressé(e) à l'interviewer pour un poste dont elle a la compétence, sachant qu'elle a reçu des traitements appropriés? (<i>n</i> = 967)	1,1 (11)	5,8 (56)	50,6 (489)	42,5 (411)
17. Si Lucie était une collègue de classe et qu'elle présentait ces symptômes anorexiques, seriez-vous tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous? (<i>n</i> = 965)	7,6 (73)	21,9 (211)	52,0 (502)	18,5 (179)
18. Si vous appreniez que votre chum ou votre blonde a souffert d'anorexie dans le passé, auriez-vous tendance à remettre en question la relation? (<i>n</i> = 965)	89,7 (866)	8,7 (84)	1,2 (12)	0,3 (3)

En résumé, les répondants n'auraient pas tendance à pénaliser une personne souffrant d'anorexie mais ayant reçu les traitements appropriés sur le plan de l'employabilité et n'auraient pas tendance à remettre en question une relation amoureuse avec un conjoint qui aurait vécu de l'anorexie dans le passé. Cependant, environ le tiers des répondants seraient réticents à inviter un collègue de classe présentant des symptômes anorexiques à une fête chez eux.

4.1.5 Désirabilité envers la personne atteinte

Sous le terme « désirabilité » ont été regroupées les questions traitant du contrôle du poids et de la minceur.

Au sujet de la désirabilité, 71,0 % des répondants ont affirmé ne pas admirer la capacité de Lucie à contrôler son poids (Tableau 11). Le score moyen à cette question est de 1,4. Également, 79,5 % des répondants ont affirmé ne pas envier la minceur de Lucie. Le score moyen à cette question est de 1,3. Il faut toutefois noter qu'un quart des répondants affirme admirer la capacité de Lucie à contrôler son poids et envier sa minceur. À plus forte raison, 1 personne sur 10 envie ou admire modérément ou beaucoup la capacité de contrôle du poids et la minceur d'une personne atteinte d'anorexie.

Tableau 11
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet de leur perception de la désirabilité de la personne atteinte d'anorexie

Questions	Désirabilité envers la personne atteinte			
	Aucunement	Un peu	Modérément	Beaucoup
20. Dans quelle mesure admirez-vous la capacité de Lucie à contrôler son poids? (<i>n</i> = 963)	71,0 (684)	18,7 (180)	7,1 (68)	3,2 (31)
21. Dans quelle mesure enviez-vous la minceur de Lucie? (<i>n</i> = 963)	79,5 (766)	14,2 (137)	4,7 (45)	1,6 (15)

En résumé, les trois quarts des répondants n'envient pas la minceur et n'admirent pas la capacité de contrôle du poids de Lucie. Un quart des répondants cependant a affirmé ressentir de l'envie ou de l'admiration à l'égard de la minceur et du contrôle de Lucie et 1 personne sur 10 de façon modérée ou élevée.

Les différentes variables mesurées dans le thème désirabilité ont été additionnées ($\alpha = ,74$) de manière à obtenir un score global. Les analyses qui suivront utilisent cette échelle de mesure. La moyenne à cette échelle est de 1,4 (Tableau 8).

4.2 Pouvoir d'extension de l'anorexie

Cette deuxième section de chapitre vise à présenter les résultats concernant le pouvoir d'extension de l'anorexie à la famille de la personne vivant la problématique. Elle est divisée en trois parties : l'extension aux parents, à la fratrie et à la famille.

4.2.1 Aux parents

Les questions suivantes cherchent à connaître le pouvoir d'extension de l'anorexie au sous-système parental. Elles traitent de la responsabilité des parents en tant que sous-système familial, puis de la mère et du père séparément.

Selon les résultats obtenus, on constate que près de 9 personnes sur 10 ont attribué peu ou pas de responsabilité aux parents par rapport à l'anorexie de leur enfant (Tableau 12). Le score moyen à cette question est de 1,8. Au sujet de la mère de Lucie spécifiquement, également près de 9 personnes sur 10 ne lui ont attribué que peu ou pas de responsabilité. Le score moyen à cette question est de 1,8. Quant au père de Lucie, c'est également près de 9 personnes sur 10 qui ne lui ont attribué que peu ou pas de responsabilité. Le score moyen à cette question est de 1,7. C'est donc dire qu'une personne sur 10 a eu tendance à blâmer modérément ou beaucoup les parents pour l'anorexie de leur enfant.

Quelques commentaires ($n = 22$) ont été formulés au sujet des parents. Des répondants ($n = 5$) affirment que les parents sont responsables de l'anorexie de leur enfant parce qu'ils « n'ont pas su être assez proches de leur fille, lui parler pour connaître ses émotions », que l'éducation prodiguée à leur enfant à propos de son corps et de la perception de celui-ci n'était pas adéquate ou parce qu'ils n'ont pas été de bons modèles pour leur enfant, par exemple en s'engageant eux-mêmes dans des régimes à répétition.

Plus modérés, des répondants ($n = 15$) attribuent un certain rôle aux parents dans le fait que l'enfant soit atteint d'anorexie. Ils nuancent en disant que leur responsabilité dépend « de l'attitude qu'ils ont par rapport à la maladie de leur fille », « de la relation avec la nourriture qu'ils ont inculquée à leur fille », que « certains comportements exigeants et poussant l'enfant à se dépasser peuvent influencer son obsession envers son poids et son physique », que « certains parents sont parfois très concentrés sur leur travail et leur vie professionnelle, et pas assez intéressés à leurs enfants », que « dans la mesure où la famille ne réalise pas que l'enfant a un problème alimentaire tel que l'anorexie, ils sont un peu à blâmer » et enfin, que les parents sont peut-être « perfectionnistes et qu'ils ont des valeurs de performance, de contrôle de sa vie qui ont pu influencer ».

Enfin, des répondants ($n = 2$) perçoivent les parents comme n'étant pas du tout responsables en considérant l'anorexie comme « une maladie mentale et que certaines personnes ont des prédispositions plus que d'autres, comme n'importe quelle maladie ».

Tableau 12

Répartition [% (n)] des répondants au sujet de leur perception des parents de la personne atteinte d'anorexie

Questions	Parents			
	Aucunement	Un peu	Modérément	Très
24. Pensez-vous que les parents de Lucie soient la cause de l'anorexie de leur fille? ($n = 910$)	34,2 (311)	51,9 (472)	12,1 (110)	1,9 (17)
25. Pensez-vous que la MÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie? ($n = 909$)	37,8 (344)	49,0 (445)	9,9 (90)	3,3 (30)
26. Pensez-vous que le PÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie? ($n = 909$)	39,7 (361)	48,7 (443)	9,5 (86)	2,1 (19)

Les différentes variables mesurées dans le thème culpabilité des parents ont été additionnées ($\alpha = ,94$) de manière à obtenir un score global (Tableau 8). Les analyses qui suivront utilisent cette échelle de mesure. La moyenne à cette échelle est de 1,8.

Association de mots

Étant donné que peu d'études ont porté sur les perceptions à l'égard de la famille d'une personne atteinte d'anorexie, le questionnaire comportait 2 questions ouvertes permettant d'obtenir plus de précisions à ce propos. À ces questions, les répondants devaient indiquer jusqu'à 4 mots qui leur venaient spontanément à l'esprit lorsqu'ils pensaient au père et jusqu'à 4 autres lorsqu'ils pensaient à la mère de cette personne. Cet exercice d'association libre a permis de colliger près de 3000 mots pour chacun des parents. Ce qui suit est l'analyse qualitative de ce corpus de mots.

Arbre de classification du père

Les mots colligés ont d'abord été classés en arborescence afin de faire émerger un premier sens aux mots récoltés. Le Tableau 13 présente la description des catégories créées.

Tableau 13
Description de la classification des attributs liés au père

Catégorie	Caractéristique	Sous-catégorie	Description
Ce que vit le père devant la maladie	+	Se soucie Est affecté Est inquiet	Il démontre une attitude sensible devant la maladie, ce qui peut contribuer à l'évolution positive de la personne anorexique.
		Est colérique Est insensible Est inconscient	Il démontre une attitude insensible devant la maladie, ce qui peut nuire à l'évolution de l'anorexie.
	+/-	Est impuissant Ne comprend pas A besoin d'aide	Ce père est dépassé, il a besoin de soutien. Ce soutien est nécessaire si l'on veut qu'il devienne une aide pour son enfant.
Les comportements de soutien du père	+	Est agréable Démontre son amour S'implique	Des conduites positives de soutien qui peuvent contribuer à l'évolution positive de la personne anorexique.
	-	Est exigeant Est dominant	Des conduites négatives de contrôle qui peuvent nuire à l'évolution de l'anorexie.
L'image que les répondants ont du père. Il s'agit d'un jugement plus global sur sa personne	+	A une belle apparence A un niveau socioéconomique élevé Est un homme normal A une famille Travaille A des compétences Est performant Est non coupable	Des attributs positifs qui font en sorte que le père n'est pas considéré comme étant responsable de la maladie de son enfant.
		-	Est centré sur son image A des problèmes de santé mentale A des difficultés de communication Est absent Est incompetent Est faible A un surplus de poids Est antipathique Est coupable

Ensuite, à la lecture de la Figure 5, qui illustre la répartition des attributs liés au père d'une personne aux prises avec l'anorexie, on constate que 43 % des attributs sont positifs, 39 % sont négatifs et 18 % sont neutres. La perception des répondants au sujet du père est donc à peu près également positive que négative. Ce résultat peut venir du fait que les répondants sont partagés sur leur perception du père d'une personne atteinte d'anorexie. Il peut aussi témoigner d'une perception complexe ou nuancée du père où le répondant reconnaît certains aspects positifs du père, mais également certains aspects négatifs. Il reste cependant que près de 4 personnes sur 10 ont une perception négative de père d'une personne atteinte d'anorexie.

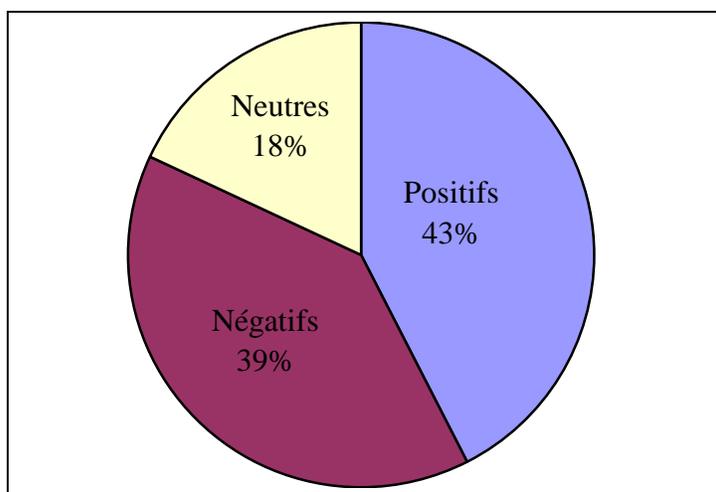


Figure 5. Répartition des attributs liés au père d'une personne atteinte d'anorexie

La Figure 6 révèle plus de détails sur la perception des répondants au sujet du père d'une personne atteinte d'anorexie. Selon la classification du corpus lié au père, les répondants ont parlé en majorité de ce que vit le père (55,7 %), puis de l'image qu'ils s'en font (29,2 %) et enfin, de ses comportements de soutien (15,1 %). De plus, globalement, 45,4 % des répondants³⁷ perçoivent le père comme étant affecté, 33,5 % comme étant inquiet et 30,5 % comme étant absent.

³⁷ Calculé sur 1000 répondants.

Concernant la perception de ce que vit le père devant la maladie de son enfant, un commentaire sur deux est positif. Les répondants le voient comme étant affecté, inquiet et soucieux du bien-être de son enfant, des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de l'enfant. Le tiers des commentaires est neutre et parle d'un père dépassé, qui a besoin d'aide. Il est perçu comme étant impuissant, ne comprenant pas et ayant besoin d'aide. Enfin, 17,2 % des commentaires sont négatifs, disant que le père est colérique, insensible et inconscient de la gravité de la situation, ce qui peut nuire à l'évolution de son enfant.

Dans un deuxième temps, l'image que les répondants se font du père est majoritairement négative et parle d'un père qui peut éventuellement être considéré comme étant en partie responsable de la maladie de son enfant. Les répondants le qualifient comme étant absent, incompetent, antipathique, faible, coupable, ayant des difficultés de communication, ayant un surplus de poids, étant centré sur son image et ayant un trouble de santé mentale.

Enfin, les répondants reconnaissent des comportements de soutien du père également positifs et négatifs, qui témoignent de conduites de soutien qui peuvent contribuer ou nuire à l'évolution positive de l'enfant. Les répondants le qualifient à la fois comme démontrant son amour, s'impliquant et étant agréable et à la fois comme étant dominant et exigeant.

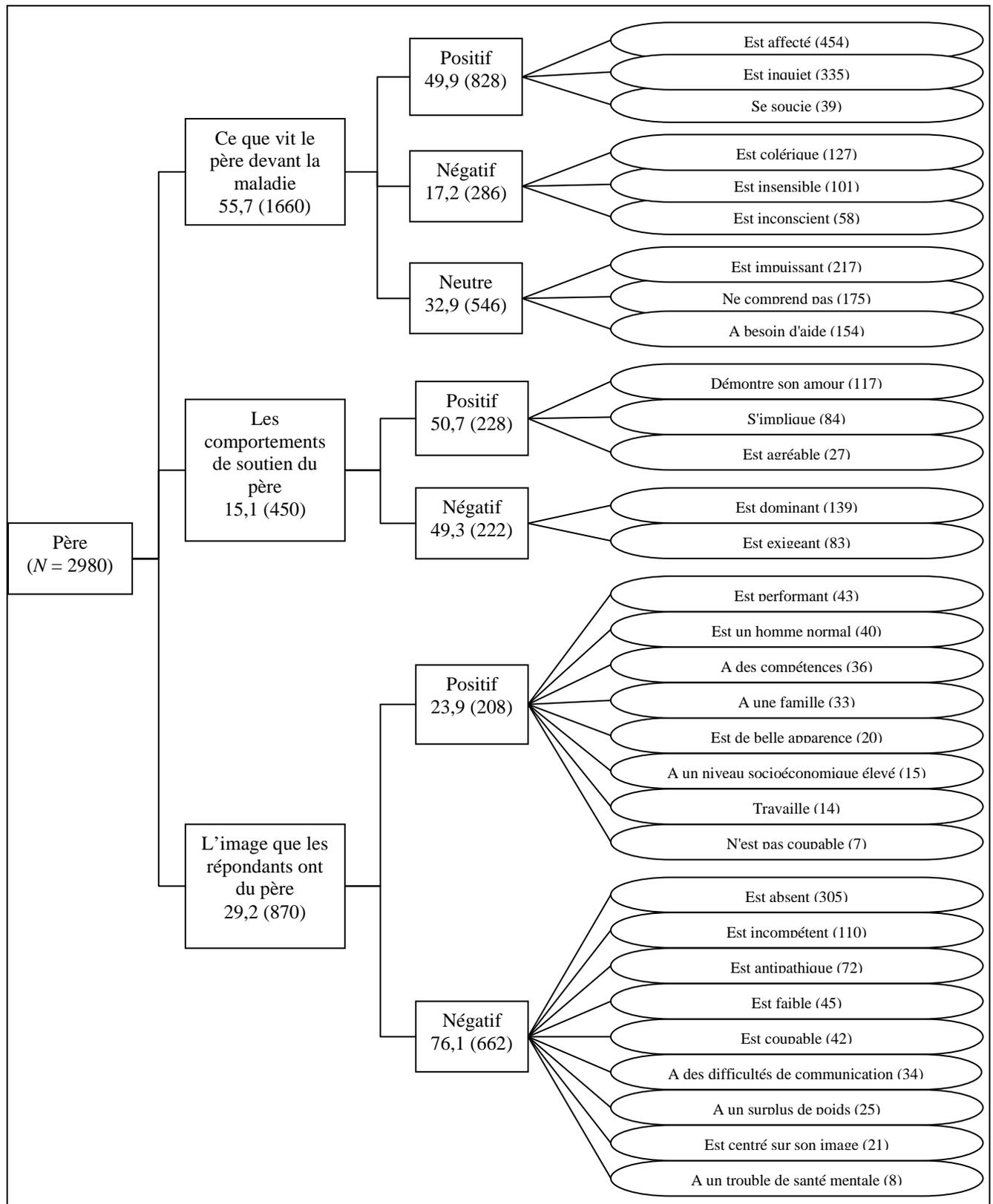


Figure 6. Classification [% (n)] des attributs liés au père

Arbre de classification de la mère

À l'instar des mots associés au père, les mots colligés au sujet de la mère ont d'abord été classés en arborescence. Il est intéressant de noter que les mots évoqués pour le père et pour la mère ont été relativement similaires, ce qui fait que la même classification (à peu de choses près) a pu être utilisée pour les deux parents. Le Tableau 14 présente la description des catégories créées.

Tableau 14
Description de la classification des attributs liés à la mère

Catégorie	Caractéristique	Sous-catégorie	Description
Ce que vit la mère devant la maladie	+	Se soucie Est affectée Est inquiète	Elle démontre une attitude sensible devant la maladie, ce qui peut contribuer à l'évolution positive de la personne anorexique
		Est colérique Est insensible Est inconsciente	Elle démontre une attitude insensible devant la maladie, ce qui peut nuire à l'évolution de l'anorexie
	+/-	Est impuissante Ne comprend pas A besoin d'aide	Cette mère est dépassée, elle a besoin de soutien. Ce soutien est nécessaire si l'on veut qu'elle devienne une aide pour son enfant
Les comportements de soutien de la mère	+	Est agréable Démontre son amour S'implique	Des conduites positives de soutien qui peuvent contribuer à l'évolution positive de la personne anorexique
		Est exigeante Est dominante	Des conduites négatives de contrôle qui peuvent nuire à l'évolution de l'anorexie
L'image que les répondants ont de la mère. Il s'agit d'un jugement plus global sur sa personne	+	A une belle apparence A un niveau socioéconomique élevé Est une femme normale A une famille Travaille A des compétences Est performante Est non coupable	Des attributs positifs qui font en sorte que la mère n'est pas considérée comme étant responsable de la maladie de son enfant
		-	A des comportements liés à l'anorexie Est centrée sur son image A des difficultés de communication Est absente Est incompétente Est faible A un surplus de poids Est antipathique Est coupable

À la lecture de la Figure 7, qui illustre la répartition des attributs liés à la mère d'une personne atteinte d'anorexie, on constate que la moitié des attributs sont positifs, plus du tiers sont négatifs et 16 % sont neutres. La perception des répondants au sujet de la mère est donc plus positive que négative. Il reste cependant que plus du tiers des commentaires à l'égard de la mère sont négatifs.

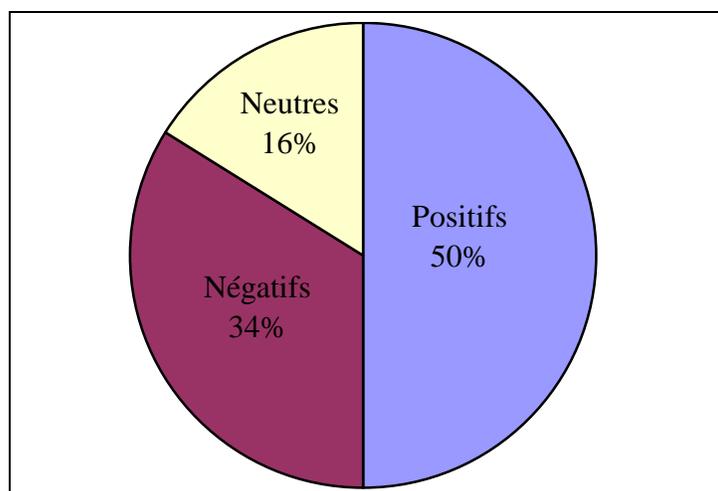


Figure 7. Répartition des attributs liés à la mère d'une personne atteinte d'anorexie

La Figure 8 révèle plus de détails sur la perception des répondants au sujet de la mère d'une personne atteinte d'anorexie. Selon la classification du corpus lié à la mère, le portrait est sensiblement le même que pour le père. Les répondants ont parlé en majorité de ce que vit la mère (51,7 %), puis de l'image qu'ils s'en font (27,1 %) et enfin, de ses comportements de soutien (21,2 %). De plus, globalement, 45,2 % des répondants³⁸ perçoivent la mère comme étant affectée et 40,9 % comme étant inquiète.

Concernant la perception des répondants au sujet de ce que vit la mère devant la maladie de son enfant, près de 60 % des commentaires sont positifs. Les répondants la voient comme étant affectée, inquiète et soucieuse du bien-être de son enfant, des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de l'enfant. Moins du tiers des commentaires sont neutres

³⁸ Calculé sur 1000 répondants.

et parle d'une mère dépassée, qui a besoin d'aide. Elle est perçue comme étant impuissante, ne comprenant pas et ayant besoin d'aide. Enfin, 11 % des commentaires sont négatifs, disant que la mère est colérique, insensible et inconsciente de la gravité de la situation, ce qui peut nuire à l'évolution de l'enfant.

Dans un deuxième temps, l'image que les répondants se font de la mère est majoritairement négative et parle d'une mère qui peut éventuellement être considérée comme étant en partie responsable de la maladie de son enfant. Les répondants la qualifient comme étant absente, incompétente, faible, coupable, centrée sur son image, antipathique, ayant des difficultés de communication, ayant un surplus de poids et ayant des comportements liés à l'anorexie.

Enfin, les répondants perçoivent les comportements de soutien de la mère comme étant plus positifs que négatifs. Les répondants la qualifient comme étant impliquée, démonstrative de son amour et agréable, ce qui peut contribuer à l'évolution positive de l'enfant.

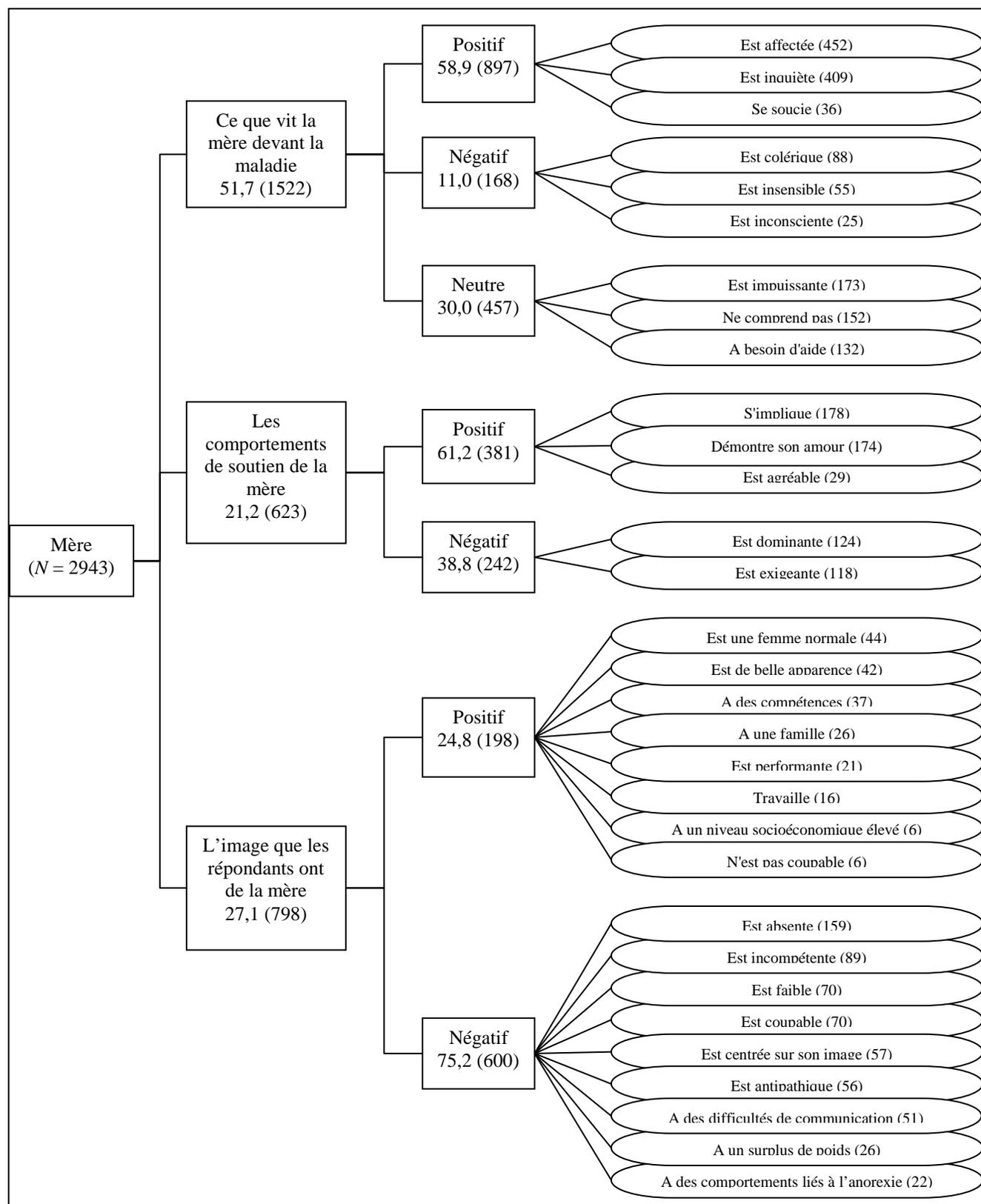


Figure 8. Classification [% (n)] des attributs liés à la mère

En résumé, sur les parents, les analyses quantitatives ont permis d'apprendre que 9 répondants sur 10 n'ont pas ou peu eu tendance à blâmer les parents pour l'anorexie de leur enfant. Également, le fait que les perceptions aient été relativement similaires au sujet de la mère et au sujet du père laisse à penser que les répondants attribuent sensiblement la même responsabilité aux deux.

Les analyses des corpus de mots associés à la mère et au père d'une personne atteinte d'anorexie viennent nuancer et préciser un peu le portrait de chacun d'eux. D'abord, plus du tiers des attributs mentionnés au sujet des parents sont négatifs (3 personnes sur 10 pour la mère et 4 personnes sur 10 pour le père). Ainsi, il semble que les répondants aient une vision un peu plus négative du père que de la mère. Du tiers à la moitié de ceux-ci voit la mère comme étant affectée et inquiète et le père comme étant affecté, inquiet, mais absent. De plus, les répondants reconnaissent que ce que vivent la mère et le père devant la maladie de leur enfant sont des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de l'enfant. Ils les perçoivent comme étant affectés, inquiets, impuissants et ayant besoin d'aide. Cependant, l'image qu'ils s'en font est plutôt négative alors qu'ils les voient comme étant absents et incompetents.

4.2.2 À la fratrie

La question suivante cherche à connaître le pouvoir d'extension de l'anorexie sur le système de la fratrie. Elle traite de l'intérêt que le répondant aurait à être ami avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie.

Presque tous les répondants (96,1 %) ont affirmé qu'ils seraient intéressés ou très intéressés à être amis avec le frère ou la sœur de Lucie (Tableau 15). Le score moyen à cette question est de 3,5.

Tableau 15
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet de leur perception de la fratrie de la personne atteinte d'anorexie

Question	Fratrie			
	Pas du tout	Un peu	Intéressé(e)	Très
27. Accepteriez-vous d'être ami(e) avec le frère ou la soeur de Lucie? (<i>n</i> = 904)	0,9 (8)	3,1 (28)	41,3 (373)	54,8 (495)

En résumé, les répondants accepteraient d'être amis avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie. Le fait qu'une seule question traite de la fratrie ne donne toutefois qu'un aperçu très partiel de la perception des répondants à ce sujet.

4.2.3 À la famille

La dernière question cherche à connaître le pouvoir d'extension de l'anorexie sur le système familial. Elle traite de la perception des répondants sur la manière dont fonctionne la famille d'une personne aux prises avec l'anorexie.

Au sujet du fonctionnement familial d'une personne atteinte d'anorexie, 65,0 % des répondants ont perçu la famille de Lucie comme étant fonctionnelle ou tout à fait fonctionnelle (Tableau 16). Le reste, 35,0 %, a perçu sa famille comme n'étant que peu ou pas du tout fonctionnelle. Le score moyen à cette question est de 2,7.

Tableau 16
Répartition [% (*n*)] des répondants au sujet de leur perception de la famille de la personne atteinte d'anorexie

Question	Famille			
	Pas du tout	Un peu	Fonctionnelle	Tout à fait
28. Selon vous, dans quelle mesure la famille de Lucie est-elle fonctionnelle? (<i>n</i> = 903)	4,0 (36)	31,0 (280)	54,3 (490)	10,7 (97)

En résumé, les deux tiers des répondants semblent considérer le fonctionnement familial d'une personne atteinte d'anorexie comme étant adéquat. Le tiers des répondants semble cependant évaluer qu'une personne souffrant d'anorexie évolue dans une famille dont le fonctionnement est problématique. Également, le fait qu'une seule question traite du fonctionnement familial ne donne qu'un aperçu très partiel de la perception des répondants à ce sujet.

4.3 Influence des caractéristiques sociodémographiques

Les sections suivantes présentent les résultats des analyses bivariées réalisées en fonction du sexe des répondants, de leur âge, de leur domaine d'études, de leur degré de connaissance de l'anorexie et du degré de proximité qu'ils ont avec ce trouble mental.

4.3.1 Influence du sexe

La présente section illustre l'influence du sexe sur les réponses des participants au sujet du caractère discréditant de l'anorexie et de son pouvoir d'extension.

On constate que les hommes et les femmes ont une vision parfois différente de l'anorexie (Tableau 17). Au sujet de l'ampleur de l'anorexie, les femmes (97,7 %) sont plus nombreuses que les hommes (88,6 %) à penser que l'anorexie ne peut pas se résoudre seule ($\chi^2 = 32,68$, $df = 1$, $p = ,000$). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée ($V = .19$)³⁹.

Au sujet des attributs négatifs liés à l'anorexie, les hommes (10,7 %) sont plus nombreux que les femmes (6,2 %) à trouver que la personne atteinte d'anorexie utilise sa maladie pour se sentir supérieure aux autres ($\chi^2 = 5,31$, $df = 1$, $p = ,021$, $V = ,08$), qu'elle est centrée

³⁹ Selon Montcalm et Royse (2002), une valeur du V de Cramer de moins de .10 suggère une relation faible; entre .11 et .25, une relation de faible à modérée; entre .26 et .40, une relation modérée; entre .41 et .50, une relation de modérée à forte; et de plus de .51, une relation forte.

uniquement sur elle-même (47,7 % et 33,0 %) ($\chi^2 = 17,17$, $df = 1$, $p = ,000$, $V = ,14$), qu'elle n'est pas sensible aux torts qu'elle cause à sa famille (69,9 % et 60,0 %) ($\chi^2 = 7,78$, $df = 1$, $p = ,005$, $V = ,09$) et qu'elle est à blâmer pour son problème (43,9 % et 26,0 %) ($\chi^2 = 27,72$, $df = 1$, $p = ,000$, $V = ,18$). Les forces d'association entre le sexe et ces variables varient de faible à modérée.

Concernant la distance sociale, les femmes (73,7 %) se montrent plus intéressées que les hommes (66,8 %) à inviter à une fête chez elles une personne présentant des symptômes anorexiques ($\chi^2 = 4,34$, $df = 1$, $p = ,037$, $V = ,07$). La force de l'association entre ces deux variables est toutefois faible.

En ce qui a trait à la fratrie et à la famille, les femmes (97,3 %) sont plus ouvertes que les hommes (92,7 %) à l'idée d'être amies avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie ($\chi^2 = 10,31$, $df = 1$, $p = ,001$, $V = ,11$) et sont plus nombreuses à considérer la famille de cette personne comme étant fonctionnelle (68,2 % et 56,9 %) ($\chi^2 = 10,53$, $df = 1$, $p = ,001$, $V = ,11$). Cependant, même si on observe des relations, la force d'association est faible.

Enfin, le sexe n'a pas d'influence sur certaines variables. La perception de la souffrance, de la gravité et le fait de penser que l'anorexie puisse être liée à la crise d'adolescence ne varient pas en fonction du sexe. Également, l'idée qu'une personne puisse se servir de l'anorexie pour obtenir l'attention des autres et le fait d'être irrité par le comportement anorexique de la personne ne sont pas significatifs selon le sexe. Enfin, l'intérêt manifesté à interviewer une personne atteinte d'anorexie pour un poste et la tendance à remettre en question une relation avec une personne ayant déjà vécu de l'anorexie ne varient pas en fonction du sexe.

Tableau 17
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le sexe

Questions	Khi carré ($n = 904$)	
	χ^2	p
Ampleur		
La fait souffrir	5,48	,140
Est grave	0,03	,868
Est relié à la crise d'adolescence	0,95	,331
Peut résoudre son problème seule	32,68	,000*
Peut résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée	0,14	,708
Attributs négatifs		
Se sentir supérieure aux autres filles de son école	5,31	,021*
Centrée uniquement sur elle-même	17,17	,000*
Sensible aux torts qu'elle cause à sa famille	7,78	,005*
Sert à obtenir de l'attention des autres	0,24	,626
Est à blâmer pour son problème	27,72	,000*
Irrité(e) par son comportement anorexique	0,32	,570
Distance sociale		
Intéressé(e) à l'interviewer pour un poste	0,91	,340
Tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous	4,34	,037*
Tendance à remettre en question la relation	1,33	,249
Fratric		
Être ami(e) avec son frère ou sa sœur	10,31	,001*
Famille		
Famille fonctionnelle	10,53	,001*

Note. χ^2 = valeur du khi carré; p = degré de signification.

* $p < .05$. $df = 1$.

Les scores obtenus au test t des échelles de mesure indiquent une différence de moyennes entre les résultats des hommes et des femmes aux échelles « désirabilité » et « culpabilité des parents » (Tableau 18). Ainsi, les femmes se sont montrées plus envieuses et

admiratrices du contrôle du poids et de la minceur de la personne atteinte d'anorexie que les hommes ($t(902) = 4,68, p = .000, \eta^2 = 0,05$)⁴⁰. L'effet est de taille moyenne. Les hommes, quant à eux, attribuent plus de culpabilité aux parents de personnes souffrant d'anorexie que les femmes ($t(441) = -3,15, p = .002, \eta^2 = 0,13$). L'effet est de grande taille.

La perception de la contribution à la société d'une personne ayant de l'anorexie ne varie pas en fonction du sexe.

Tableau 18
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le sexe

Échelle	Moyennes		Test <i>t</i>		
	F	H	dl	<i>t</i>	<i>p</i>
Contribution à la société	3,40	3,36	902	1,53	,126
Désirabilité	1,40	1,23	902	3,87	,000*
Culpabilité des parents	1,72	1,89	441	-3,15	,002*

Note. F = femme; H = homme; dl = degré de liberté; t = valeur du test t; *p* = degré de signification.
* $p < .05$.

En résumé, en se basant sur les relations significatives à effet modéré à fort, le sexe fait peu de différence sur le plan de la perception des répondants. Cependant, les femmes se sont montrées plus envieuses et admiratrices du contrôle du poids et de la minceur de la personne atteinte d'anorexie que les hommes. Les hommes, quant à eux, attribuent plus de culpabilité aux parents de personnes atteintes d'anorexie.

4.3.2 Influence de l'âge

La présente section illustre l'influence de l'âge sur les réponses des participants au sujet du caractère discréditant de l'anorexie et de son pouvoir d'extension.

⁴⁰ Les balises de Cohen (1988) pour l'indice eta-carré (η^2) sont : autour de 0,01, l'effet est de petite taille ; autour de 0,06, l'effet est de taille moyenne ; et autour de 0,14 et plus, l'effet est de grande taille.

Les scores présentés au Tableau 19 indiquent que l'âge ne semble pas influencer la perception de l'anorexie à l'exception de trois éléments, dont la force de la corrélation est cependant négligeable⁴¹. D'abord, plus une personne est âgée, plus elle aura tendance à penser que la personne atteinte d'anorexie est centrée sur elle-même ($r = 0,09, p = ,005$). Ensuite, moins une personne est âgée, plus elle aura tendance à envier la minceur et à admirer le contrôle du poids de la personne atteinte d'anorexie ($r = -0,09, p = ,005$). Enfin, plus une personne est âgée, plus elle sera encline à culpabiliser les parents de la personne atteinte d'anorexie ($r = 0,10, p = ,005$). Rappelons cependant que ces corrélations sont faibles.

⁴¹ Selon Montcalm et Royse (2002), une valeur du coefficient de corrélation de Pearson de moins de .20 suggère une corrélation négligeable; entre .20 et .40, une corrélation faible; entre .40 et .70, une corrélation modérée; entre .70 et .90, une corrélation forte; et entre .90 et 1,00, une corrélation très forte.

Tableau 19
Résumé des scores aux analyses bivariées selon l'âge

Questions	Corrélation de Pearson ($n = 903$)	
	r	p
Ampleur		
La fait souffrir	0,03	,372
Est grave	0,00	,994
Est relié à la crise d'adolescence	-0,58	,083
Peut résoudre son problème seule	-0,05	,885
Peut résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée	0,13	,687
Attributs négatifs		
Se sentir supérieure aux autres filles de son école	0,60	,071
Centrée uniquement sur elle-même	0,09	,005*
Sensible aux torts qu'elle cause à sa famille	0,00	,911
Sert à obtenir de l'attention des autres	0,01	,851
Est à blâmer pour son problème	-0,02	,542
Irrité(e) par son comportement anorexique	-0,06	,070
Distance sociale		
Intéressé(e) à l'interviewer pour un poste	0,01	,892
Tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous	-0,02	,480
Tendance à remettre en question la relation	0,01	,666
Fratrie		
Être ami(e) avec son frère ou sa sœur	-0,03	,393
Famille		
Famille fonctionnelle	-0,04	,183
Échelles		
Contribution à la société	-0,03	,451
Désirabilité	-0,09	,005*
Culpabilité des parents	0,10	,002*

Note. r = valeur de la corrélation de Pearson; p = degré de signification.

* $p < .05$.

En somme, en se basant sur les relations significatives à effet modéré à fort, l'âge des répondants n'influence pas ou influence de façon négligeable leur perception de l'anorexie.

4.3.3 Influence du domaine d'études

La présente section illustre l'influence du domaine d'études sur les réponses des participants au sujet du caractère discréditant de l'anorexie et de son pouvoir d'extension.

À la lecture du Tableau 20, on constate que selon leur domaine d'études, les répondants ont une vision parfois différente de l'anorexie. Au sujet de l'ampleur de l'anorexie, les répondants qui étudient dans un domaine lié à l'intervention psychosociale (28,0 %) sont ceux qui ont le moins associé l'anorexie à la crise d'adolescence ($\chi^2 = 28,36$, $dl = 4$, $p = ,000$, $V = .18$). Viennent ensuite ceux qui étudient dans un domaine lié aux sciences de la santé (31,0 %), ceux qui étudient dans un domaine lié aux arts, aux lettres ou à l'enseignement (37,6 %), ceux des sciences humaines et sociales (45,7 %), puis ceux des sciences naturelles (51,0 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée. Également, les répondants qui étudient dans un domaine lié à l'intervention psychosociale (98,8 %) ont été plus nombreux à croire que l'anorexie ne peut pas se résoudre seule ($\chi^2 = 18,40$, $dl = 4$, $p = ,001$, $V = .14$). Ils sont suivis par les répondants étudiant dans un domaine lié aux sciences de la santé (98,6 %), lié aux arts, aux lettres ou à l'enseignement (95,2 %), lié aux sciences humaines et sociales (94,3 %) et enfin par les répondants des sciences naturelles (90,3 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée.

Concernant les attributs négatifs au sujet de l'anorexie, les répondants provenant des sciences naturelles (43,2 %) ont été plus nombreux à croire que la personne atteinte de ce trouble mental est centrée uniquement sur elle-même ($\chi^2 = 15,41$, $dl = 4$, $p = ,004$, $V = .13$). Ils sont suivis par les répondants étudiant dans un domaine lié aux sciences humaines et sociales (41,9 %), lié aux sciences de la santé (35,8 %), lié aux arts, aux lettres ou à l'enseignement (34,4 %) et enfin lié à l'intervention psychosociale (25,5 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée. Également, les répondants

des sciences naturelles (75,7 %) ont été les plus nombreux à croire que la personne atteinte d'anorexie n'est pas sensible aux torts qu'elle cause à sa famille ($\chi^2 = 25,89$, $df = 4$, $p = ,000$, $V = .17$). Suivent les répondants des sciences humaines et sociales (64,2 %), ceux des arts, des lettres ou de l'enseignement (60,0 %), ceux des sciences de la santé (55,9 %) et enfin ceux des domaines liés à l'intervention psychosociale (52,3 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée. Les répondants provenant des sciences naturelles (39,8 %) ont aussi été les plus nombreux à considérer que la personne atteinte d'anorexie est à blâmer pour son problème ($\chi^2 = 23,50$, $df = 4$, $p = ,000$, $V = .16$). Viennent ensuite les répondants des sciences humaines et sociales (35,7 %), ceux des arts, des lettres et de l'enseignement (29,6 %), ceux des sciences de la santé (23,5 %) et enfin ceux des domaines liés à l'intervention psychosociale (19,8 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée.

Au sujet de la fratrie, les répondants provenant des sciences naturelles (6,8 %) ont été plus nombreux à être réticents à une amitié avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie ($\chi^2 = 10,89$, $df = 4$, $p = ,028$, $V = .11$). Ils sont suivis par les répondants des sciences humaines et sociales (3,9 %), par les répondants des domaines liés à l'intervention psychosociale (3,8 %), par ceux des arts, des lettres ou de l'enseignement (3,2 %) et finalement par ceux des sciences de la santé (0,0 %). La force de l'association entre ces deux variables est de faible à modérée.

Enfin, le domaine d'études n'a pas d'influence sur certaines variables. La perception de la souffrance, de la gravité et le fait de penser que la personne puisse résoudre son problème en recevant l'aide appropriée ne varient pas en fonction du domaine d'études. Également, l'idée qu'une personne atteinte d'anorexie puisse se sentir supérieure aux autres, se servir de l'anorexie pour obtenir l'attention des autres et le fait d'être irrité par le comportement anorexique de la personne ne sont pas significatifs selon le domaine d'études. De plus, l'intérêt manifesté à interviewer une personne atteinte d'anorexie pour un poste, à l'inviter à une fête chez soi et la tendance à remettre en question une relation avec une personne ayant déjà vécu de l'anorexie ne varient pas en fonction du domaine d'études. Enfin, le fait

de considérer que la famille de la personne atteinte d'anorexie est fonctionnelle ne varie pas selon le domaine d'études.

Tableau 20
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le domaine d'études

Questions	Khi carré ($n = 893$)	
	χ^2	p
Ampleur		
La fait souffrir	9,09	,059
Est grave	3,04	,552
Est relié à la crise d'adolescence	28,36	,000*
Peut résoudre son problème seule	18,40	,001*
Peut résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée	7,48	,113
Attributs négatifs		
Se sentir supérieure aux autres filles de son école	6,59	,159
Centrée uniquement sur elle-même	15,41	,004*
Sensible aux torts qu'elle cause à sa famille	25,89	,000*
Sert à obtenir de l'attention des autres	1,01	,908
Est à blâmer pour son problème	23,50	,000*
Irrité(e) par son comportement anorexique	1,51	,825
Distance sociale		
Intéressé(e) à l'interviewer pour un poste	5,88	,209
Tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous	7,47	,113
Tendance à remettre en question la relation	0,84	,933
Fratrie		
Être ami(e) avec son frère ou sa sœur	10,89	,028*
Famille		
Famille fonctionnelle	5,64	,227

Note. χ^2 = valeur du khi carré; p = degré de signification.

* $p < .05$. $df = 4$.

Enfin, les scores obtenus au test ANOVA des échelles de mesure indiquent une différence de moyennes entre les résultats des différents domaines d'études et les échelles « Contribution à la société », « Désirabilité » et « Culpabilité des parents » (Tableau 21). Ainsi, les répondants des sciences naturelles sont ceux qui ont jugé le plus sévèrement les personnes atteintes d'anorexie sur le plan de leur contribution à la société ($F(4,892) = 6,29, p = .000, \eta^2 = 0,28$). Suivent les répondants des domaines liés aux sciences humaines et sociales, liés aux arts, aux lettres ou à l'enseignement, liés aux sciences de la santé et liés à l'intervention psychosociale. L'effet est de grande taille. De plus, ces derniers se sont montrés les plus envieux et admiratifs du contrôle du poids et de la minceur de la personne atteinte d'anorexie ($F(4,892) = 3,67, p = .006, \eta^2 = 0,16$). Viennent ensuite les répondants étudiant en arts, lettres ou enseignement, en sciences humaines et sociales, en sciences de la santé et enfin en sciences naturelles. L'effet est de grande taille. Finalement, les répondants étudiant en sciences humaines et sociales sont ceux qui ont attribué la plus grande culpabilité aux parents de la personne atteinte d'anorexie ($F(4,892) = 2,74, p = .028, \eta^2 = 0,12$). Ils sont suivis par les répondants des sciences naturelles, ceux des domaines liés à l'intervention psychosociale, ceux des arts, des lettres ou de l'enseignement puis ceux des sciences de la santé. L'effet est de grande taille.

Tableau 21
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le domaine d'études

Échelle	ANOVA					dl	F	p
	Moyennes							
	IP	SS	SN	SHS	ALE			
Contribution à la société	3,49	3,47	3,32	3,34	3,39	4	6,29	,000*
Désirabilité	1,44	1,27	1,25	1,38	1,43	4	3,67	,006*
Culpabilité des parents	1,72	1,65	1,83	1,84	1,68	4	2,74	,028*

Note. IP = lié à l'intervention psychosociale; SS = lié aux sciences de la santé; SN = lié aux sciences naturelles; SHS = lié aux sciences humaines et sociales; ALE = lié aux arts, aux lettres ou à l'enseignement; dl = degré de liberté; F = valeur de l'ANOVA; p = degré de signification.

* $p < .05$.

En résumé, en se basant sur les relations significatives à effet modéré à fort, le domaine d'études fait peu de différence au sujet de la perception des répondants. Cependant, les

répondants étudiant en sciences naturelles et en sciences humaines et sociales sont ceux qui croient en plus grand nombre que la contribution à la société des personnes atteintes d'anorexie est faible et attribuent une plus grande culpabilité à leurs parents. Les répondants étudiant en intervention psychosociale et en arts, en lettres ou en enseignement sont ceux qui envient le plus la minceur et admirent le plus le contrôle du poids de la personne souffrant d'anorexie.

4.3.4 Influence du degré de connaissance de l'anorexie

Au total, 902 personnes ont précisé leur degré de connaissance de l'anorexie. Pour des fins de comparaison, ces répondants ont été reclassés en deux groupes. Ainsi, 339 répondants ont déclaré avoir une connaissance nulle à faible de l'anorexie (NF) et 563 en avoir une connaissance moyenne à bonne (MB). La présente section illustre l'influence du degré de connaissance de l'anorexie sur les réponses des participants au sujet du caractère discréditant de l'anorexie et de son pouvoir d'extension.

Les répondants ont une vision parfois différente de l'anorexie, selon qu'ils en aient une connaissance faible ou bonne (Tableau 22). Au sujet de l'ampleur de ce trouble mental, les répondants ayant déclaré avoir «une moins bonne connaissance» du sujet (7,1 %) sont plus nombreux que ceux en ayant «une meilleure connaissance» (3,8 %) à croire qu'on puisse se rétablir seul de l'anorexie ($\chi^2 = 5,01$, $df = 1$, $p = ,025$, $V = .08$). Ils ont aussi plus tendance à penser que la personne atteinte de ce trouble mental est centrée uniquement sur elle-même (41,6 % et 34,8 %) ($\chi^2 = 4,16$, $df = 1$, $p = ,041$, $V = .07$) et à la blâmer pour son problème (35,1 % et 28,8 %) ($\chi^2 = 3,95$, $df = 1$, $p = ,047$, $V = .07$). Les forces d'association entre le degré de connaissance et ces variables sont cependant faibles. Ils sont également plus nombreux à être réticents à entretenir une amitié avec le frère ou la sœur d'une personne aux prises avec l'anorexie (6,8 % et 2,3 %) ($\chi^2 = 11,06$, $df = 1$, $p = ,001$, $V = .11$). La force de l'association entre ces deux variables est faible à modérée.

Cependant, les répondants ayant déclaré avoir une meilleure connaissance du sujet (2,3 %) ont été plus nombreux que ceux qui en ont une moins bonne connaissance (0,3 %) à

mentionner avoir tendance à remettre en question la relation avec un conjoint qui aurait vécu de l'anorexie dans le passé ($\chi^2 = 5,62$, $df = 1$, $p = ,018$, $V = .08$). La force de l'association entre ces deux variables est toutefois faible.

Enfin, le degré de connaissance de l'anorexie n'a pas d'influence sur certaines variables. La perception de la souffrance et de la gravité, le fait de penser que l'anorexie puisse être liée à la crise d'adolescence et le fait de penser que la personne puisse s'en sortir avec de l'aide professionnelle ne varient pas en fonction du degré de connaissance de l'anorexie. Également, l'idée qu'une personne puisse se sentir supérieure aux autres, être insensible aux torts qu'elle cause à sa famille, se servir de l'anorexie pour obtenir l'attention des autres et le fait d'être irrité par le comportement anorexique de la personne ne sont pas significatifs selon le degré de connaissance de l'anorexie. De plus, l'intérêt manifesté à interviewer une personne atteinte d'anorexie pour un poste et à l'inviter chez soi pour une fête ne varient pas en fonction du degré de connaissance de l'anorexie. Enfin, le fait de considérer que la famille de la personne atteinte d'anorexie est fonctionnelle ne varie pas selon le degré de connaissance de l'anorexie.

Tableau 22
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de connaissance de l'anorexie

Questions	Khi carré ($n = 902$)	
	χ^2	p
Ampleur		
La fait souffrir	0,30	,584
Est grave	0,02	,879
Est relié à la crise d'adolescence	1,80	,180
Peut résoudre son problème seule	5,01	,025*
Peut résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée	0,12	,732
Attributs négatifs		
Se sentir supérieure aux autres filles de son école	1,34	,247
Centrée uniquement sur elle-même	4,16	,041*
Sensible aux torts qu'elle cause à sa famille	2,14	,144
Sert à obtenir de l'attention des autres	0,79	,374
Est à blâmer pour son problème	3,95	,047*
Irrité(e) par son comportement anorexique	0,02	,891
Distance sociale		
Intéressé(e) à l'interviewer pour un poste	1,39	,239
Tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous	2,23	,136
Tendance à remettre en question la relation	5,62	,018*
Fratric		
Être ami(e) avec son frère ou sa sœur	11,06	,001*
Famille		
Famille fonctionnelle	0,22	,641

Note. χ^2 = valeur du khi carré; p = degré de signification.

* $p < .05$. $df = 1$.

Les scores obtenus au test t des échelles de mesure indiquent une différence de moyennes entre les résultats des différents degrés de connaissance de l'anorexie et l'échelle de désirabilité (Tableau 23). Les répondants ayant déclaré avoir une meilleure connaissance du sujet se sont montrés plus envieux de la minceur et admiratifs du contrôle du poids de la

personne atteinte d'anorexie que les autres ($t(900) = -3,27, p = .000, \eta^2 = 0,11$). L'effet est de grande taille.

La perception de la contribution à la société d'une personne ayant de l'anorexie ainsi que de la culpabilité de ses parents ne varie pas en fonction du degré de connaissance de l'anorexie.

Tableau 23
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de connaissance de l'anorexie

Échelle	Moyennes		Test <i>t</i>		
	NF	MB	dl	<i>t</i>	<i>p</i>
Contribution à la société	3,36	3,41	722	-1,94	,053
Désirabilité	1,26	1,40	900	-3,27	,000*
Culpabilité des parents	1,78	1,76	725	0,53	,595

Note. NF = nulle à faible; MB = moyenne à bonne; dl = degré de liberté; *t* = valeur du test *t*; *p* = degré de signification.

* $p < .05$.

En somme, en se basant sur les relations significatives à effet modéré à fort, les répondants ayant déclaré avoir une meilleure connaissance de l'anorexie (incluant ceux affirmant en avoir souffert) se sont montrés plus envieux de la minceur et admiratifs du contrôle du poids de la personne atteinte d'anorexie que les autres.

4.3.5 Influence du degré de proximité avec l'anorexie

Afin de pouvoir comparer les données en fonction du degré de proximité avec l'anorexie, tous les répondants ($N = 1000$) ont été reclassés en deux catégories. Ainsi, 294 répondants ont déclaré avoir vécu de près l'anorexie (V), soit pour eux-mêmes ou chez un proche. Les autres, soit 706 répondants, ont été classés dans la catégorie des personnes n'ayant pas vécu l'anorexie (PV). La présente section illustre l'influence du degré de proximité avec l'anorexie sur les réponses des participants au sujet du caractère discréditant de l'anorexie et de son pouvoir d'extension.

À la lecture du Tableau 24, on constate que le fait d'avoir vécu l'anorexie soi-même ou chez un proche semble n'avoir pas ou que peu d'influence sur la perception des répondants de ce trouble mental, à l'exception de deux éléments. Les répondants ayant déclaré avoir vécu de près l'anorexie (42,5 %) sont plus enclins que ceux ne l'ayant pas vécue de près (32,4 %) à affirmer que la personne est sensible aux torts qu'elle cause à sa famille ($\chi^2 = 6,93$, $df = 1$, $p = ,008$, $V = .08$). Ils sont aussi plus nombreux à se montrer intéressés à être amis avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie (98,0 % et 82,3 %) ($\chi^2 = 4,28$, $df = 1$, $p = ,039$, $V = .07$). Toutefois, les forces d'association entre le degré de proximité et ces variables sont faibles.

Tableau 24
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de proximité avec l'anorexie

Questions	Khi carré		
	<i>n</i>	χ^2	<i>p</i>
Ampleur			
La fait souffrir	1000	0,15	,687
Est grave	996	0,02	,885
Est relié à la crise d'adolescence	995	0,03	,859
Peut résoudre son problème seule	995	1,67	,196
Peut résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée	993	3,25	,072
Attributs négatifs			
Se sentir supérieure aux autres filles de son école	977	1,02	,314
Centrée uniquement sur elle-même	975	0,62	,431
Sensible aux torts qu'elle cause à sa famille	974	6,93	,008*
Sert à obtenir de l'attention des autres	973	0,70	,403
Est à blâmer pour son problème	971	3,45	,063
Irrité(e) par son comportement anorexique	964	0,29	,592
Distance sociale			
Intéressé(e) à l'interviewer pour un poste	967	0,14	,706
Tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous	965	2,61	,106
Tendance à remettre en question la relation	965	0,06	,808
Fratrerie			
Être ami(e) avec son frère ou sa sœur	905	4,28	,039*
Famille			
Famille fonctionnelle	904	0,21	,645

Note. χ^2 = valeur du khi carré; *p* = degré de signification.

* *p* < .05. *df* = 1.

Les scores obtenus au test *t* des échelles de mesure indiquent une différence de moyennes entre les résultats des différents degrés de connaissance de l'anorexie et les échelles désirabilité et culpabilité des parents (Tableau 25). En effet, les répondants ayant déclaré avoir vécu de près l'anorexie se sont montrés plus envieux et admiratifs du contrôle du

poids et de la minceur de la personne atteinte d'anorexie que les autres ($t(961) = 5,44, p = .000, \eta^2 = 0,17$). L'effet est de grande taille. Cependant, ils ont eu tendance à culpabiliser davantage les parents ($t(544) = 1,98, p = .048, \eta^2 = 0,07$). L'effet est de taille moyenne.

La perception de la contribution à la société d'une personne ayant de l'anorexie ne varie pas en fonction du degré de proximité avec l'anorexie.

Tableau 25
Résumé des scores aux analyses bivariées selon le degré de proximité avec l'anorexie

Échelle	Moyennes		Test <i>t</i>		
	V	PV	dl	<i>t</i>	<i>p</i>
Contribution à la société	3,40	3,38	986	0,85	,394
Désirabilité	1,52	1,28	961	5,44	,000*
Culpabilité des parents	1,83	1,73	544	1,98	,048*

Note. V = vécu; PV = pas vécu; dl = degré de liberté; *t* = valeur du test *t*; *p* = degré de signification.
* $p < .05$.

En résumé, en se basant sur les relations significatives à effet modéré à fort, le degré de proximité avec l'anorexie, c'est-à-dire le fait d'avoir vécu ce trouble mental soi-même ou qu'une personne connue l'ait vécu, n'influence que peu ou pas la perception que les répondants ont de l'anorexie. Toutefois, les répondants ayant déclaré avoir vécu de près l'anorexie se sont montrés plus envieux et admiratifs du contrôle du poids et de la minceur de la personne atteinte d'anorexie que les autres et ont eu tendance à culpabiliser davantage ses parents.

Chapitre 5 | Discussion

Cette recherche descriptive visait à mesurer si les personnes vivant de l'anorexie ainsi que leur famille sont l'objet d'attitudes et de perceptions négatives dans une population d'étudiants adultes d'une université québécoise. Plus spécifiquement, cette étude cherchait à identifier les attitudes des répondants à l'égard des personnes atteintes d'anorexie, les perceptions des répondants à l'égard de la famille des personnes atteinte d'anorexie et à savoir si ces attitudes et ces perceptions varient en fonction de l'âge, du sexe, du domaine d'études, du degré de connaissance de la problématique et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie.

Pour mener à bien cette recherche, 1000 étudiants universitaires ont été interpellés afin de remplir un questionnaire en ligne. L'échantillon comprend une surreprésentation de femmes (71%) et des adultes d'un large éventail d'âges (18 à 68 ans, M = 24 ans). De plus, les répondants sont répartis à peu près également entre les sciences humaines et sociales (excluant les domaines liés à l'intervention sociale) (29%), les sciences naturelles (23%), les domaines liés à l'intervention psychosociale (18%), les sciences de la santé (16%) et les arts, les lettres ou l'enseignement (14%).

En outre, une majorité de répondants ont déclaré avoir une connaissance moyenne ou bonne de l'anorexie (62%). Enfin, près du tiers a déclaré avoir vécu de près l'anorexie, soit pour lui-même ou chez un proche (29%).

Ce chapitre vise à présenter une synthèse des résultats obtenus et une comparaison de ces derniers avec les écrits recensés sur le sujet. Ces résultats sont ensuite interprétés selon le cadre conceptuel de la stigmatisation. Ce chapitre se termine par la présentation de quelques pistes pour la recherche future et l'intervention sur ce sujet.

5.1 Comment l'anorexie est-elle perçue?

Dans un premier temps, les résultats de cette recherche indiquent que la perception de l'anorexie au sein de la population étudiée est mitigée. Quoique la perception globale des participants soit relativement neutre ou positive, certaines caractéristiques discréditantes (c'est-à-dire des évaluations négatives et des stéréotypes connus et partagés de la population et qui deviennent une base à l'exclusion et à l'évitement des personnes faisant partie de la catégorie stéréotypée) sont ressorties. Ces caractéristiques pourraient potentiellement être stigmatisantes tant pour la personne atteinte que pour sa famille. Ce qui suit dépeint le portrait de la personne atteinte et celui de sa famille selon les propos recueillis auprès des participants.

5.1.1 Le portrait de la personne atteinte

Somme toute, les perceptions des participants à l'égard de la personne atteinte d'anorexie sont relativement neutres ou positives. Neuf répondants sur 10 pensent que l'anorexie est un trouble de santé mentale modérément ou très grave et souffrant, un taux similaire à celui de Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006), qui évaluent entre 91 et 96 % des répondants affirmant que les troubles alimentaires sont graves et souffrants. La perception des répondants est donc assez juste par rapport à la réalité de cette maladie puisque plusieurs chercheurs et cliniciens affirment que les taux de mortalité reliés à l'anorexie sont les plus élevés de tous les troubles de santé mentale (Agras et al., 2004; Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007).

Neuf répondants sur 10 également pensent que l'anorexie est un trouble de santé mentale qui ne se guérit pas seul, mais dont on peut se rétablir avec de l'aide professionnelle. À ce sujet, il est difficile d'obtenir des statistiques claires puisqu'elles diffèrent grandement d'un auteur à l'autre. Cependant, généralement les auteurs évaluent qu'entre 33 et 60 % des personnes souffrant d'un trouble alimentaire vont s'en rétablir complètement, qu'entre 20 et 33 % vont s'en sortir, mais en gardant une certaine vulnérabilité et qu'entre 20 et 33 % ne

s'en sortiront jamais ou vont en mourir (Lemoine, 2007; Pomerleau & Ratté, 1999; Pomerleau et al., 2001). De plus, il semble qu'à peu près 25 % des jeunes filles souffrant d'un trouble alimentaire s'en sortent par elles-mêmes (Vizbara, 2009) et que lorsqu'une rémission complète survient, elle tend à être maintenue dans le temps (Couturier & Lock, 2006).

Ensuite, 9 répondants sur 10 estiment que la personne atteinte d'anorexie peut, une fois qu'elle a reçu les traitements appropriés, renouer avec ses amis, faire preuve d'empathie et d'intérêt envers les autres, s'engager dans une relation amoureuse, devenir une professionnelle productive et être un bon parent. Ces résultats rejoignent ceux de Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) qui affirment que la plupart des participants croient que la personne pourrait s'acquitter adéquatement de ses différents rôles sociaux si elle recevait les traitements appropriés.

Dans le même ordre d'idées, 9 répondants sur 10 ne croient pas que la personne atteinte d'anorexie se serve de la maladie pour se sentir supérieure aux autres.

En fin de compte, 9 répondants sur 10 ne seraient pas portés à pénaliser une personne atteinte d'anorexie lors d'une entrevue d'embauche si elle a reçu les traitements appropriés, ce qui diffère des conclusions de Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006), disant que 64 % des participantes ne voudraient pas ou seraient ambivalentes à l'idée d'interviewer une personne atteinte d'anorexie pour un emploi. Également, la presque totalité des répondants ne serait pas tentée de remettre en question une relation amoureuse s'ils apprenaient que leur conjoint a souffert d'anorexie dans le passé. Sur le plan de la distance sociale, les répondants ne semblent donc pas avoir tendance à stigmatiser les personnes atteintes d'anorexie. Par contre, à ce sujet, il se peut que le fait d'être rétabli ou non ou que les symptômes soient actualisés ou non soit une variable à considérer pour de futures recherches puisque selon les résultats des questions traitant de la distance sociale, l'intérêt des répondants semble diminuer en fonction de l'actualisation de la maladie. En effet, 98 % des répondants affirment ne pas avoir tendance à remettre la relation en question s'ils apprenaient que leur chum ou leur blonde a souffert d'anorexie dans le passé, 93 % se

disent intéressés à interviewer une personne qui aurait reçu les traitements appropriés pour un poste dont elle a la compétence alors que seulement 70 % des répondants se montrent intéressés à inviter une personne qui présente des symptômes anorexiques à une fête chez eux.

Ainsi, en plus de l'actualisation des symptômes, certaines caractéristiques discréditantes ont émergé. En effet, environ 1 personne sur 3 considère la personne atteinte d'anorexie comme étant responsable de sa condition. Ces résultats rejoignent ceux de Crisp et de ses collègues (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Crisp et al., 2000) qui concluent que du tiers à la moitié de la population anglaise perçoit les personnes atteintes d'un trouble alimentaire comme étant responsables de leur condition, comme n'ayant qu'elles-mêmes à blâmer et qu'elles pourraient s'en sortir avec de la volonté. Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006), quant à eux, évaluent qu'une personne sur 4 considère la personne atteinte d'anorexie comme ayant modérément ou tout à fait qu'elle-même à blâmer pour son problème. Ces conclusions viennent appuyer celles contenues dans le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (Santé Canada, 2002, p. 82) à l'effet que « la stigmatisation associée aux troubles des conduites alimentaires vient de l'impression erronée que les autres (les parents en particulier) sont à blâmer pour la maladie ».

Environ 1 personne sur 3 également considère la personne atteinte d'anorexie comme étant centrée sur elle-même, peu sensible aux torts qu'elle cause à sa famille, utilisant la maladie pour attirer l'attention des autres et ayant un comportement irritant. Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) arrivent aux mêmes résultats pour ce qui est de la perception que la personne est modérément, très ou extrêmement centrée sur elle-même (31,2 %) et que son comportement est irritant (33,6 %). Par contre, les répondants de ces chercheurs croient en plus grand nombre qu'il est important pour la personne atteinte d'anorexie d'avoir l'attention des autres (82,0 %).

D'autre part, presque 1 personne sur 2 pense que l'anorexie est liée à la « crise d'adolescence ». D'un côté, dans la littérature, il est démontré que l'anorexie apparaît généralement au moment de l'entrée dans l'adolescence (Godart, Perdereau, & Jeammet,

2004; Pauzé & Charbouillot, 2001; Pomerleau et al., 2001; Simon, 2007; Wilkins, 1995), période caractérisée par de nombreux changements développementaux et une plus grande vulnérabilité personnelle et sociale. Certains répondants ont peut-être ainsi interprété la crise d'adolescence comme une période de grande transformation pouvant contribuer à l'émergence de l'anorexie, ce qui est conforme à la réalité. Cependant, d'un autre point de vue, cette perception peut avoir l'effet de banaliser ce trouble mental grave, ce qui pourrait s'avérer être une autre façon de discréditer la personne atteinte, qui pourrait ne pas se sentir entendue et reconnue dans sa souffrance. Minimiser la gravité de l'anorexie en l'attribuant à la « crise d'adolescence »⁴² peut aussi avoir comme conséquence de retarder la consultation de professionnels dans l'idée que ce problème n'est que temporaire. Cette conséquence peut être désastreuse alors que les troubles alimentaires représentent la troisième maladie chronique la plus fréquente chez les adolescentes (Adolescent Medicine Committee & Canadian Paediatric Society, 1998) et qu'ils sont fréquemment associés à d'autres psychopathologies ou problèmes sociaux (Hudson et al., 2007).

Dans un troisième temps, les études recensées ont mis en lumière l'ambivalence associée aux troubles alimentaires en faisant état d'attitudes positives, telles que l'envie et l'admiration, uniques à ces troubles de santé mentale. Les résultats obtenus dans ce mémoire relatent également ce type d'attitude à l'égard de l'anorexie. Ainsi, 1 personne sur 4 affirme envier la minceur et admirer la capacité de la personne atteinte d'anorexie à contrôler son poids. Ces résultats se situent dans les valeurs trouvées par Mond, Robertson-Smith et Vetere (2006) alors qu'ils ont questionné les répondants pour savoir s'ils avaient déjà pensé que « ça ne devait pas être si grave d'être atteint d'anorexie étant donné leur capacité à perdre beaucoup de poids »⁴³ (29,6 %) et jusqu'à quel point ils « admirent la capacité à contrôler son poids de cette personne »⁴⁴ (20,4 %). Le fait d'admirer ou d'envier

⁴² D'ailleurs, aujourd'hui, de nombreux chercheurs et cliniciens mettent en doute la réalité même d'une « crise d'adolescence » et sa connotation négative (Cloutier & Drapeau, 2008; Fize, 2003). Pour plusieurs chercheurs et cliniciens, ce n'est pas la majorité des adolescents qui traversent une période de crise. Et la minorité d'adolescents qui la traversent ont en général des situations de vie familiale ou environnementale qui les projettent dans un état de détresse. Le concept de crise est plutôt vu comme étant un état qui peut être expérimenté à tous les âges de la vie, selon les situations rencontrées. L'adolescence est plutôt présentée comme une période féconde et créative de l'existence.

⁴³ Traduction libre

⁴⁴ Traduction libre

la minceur de la personne atteinte d'anorexie pose problème dans ce sens où la personne peut se sentir encouragée dans ses comportements anorexiques. Ainsi, cette admiration et cette envie se transforment en bénéfiques, tant recherchés par la personne atteinte, qui peuvent renforcer le comportement anorexique et contribuer à la maintenir dans la maladie. De plus, ces résultats informent sur la perception des répondants quant à la minceur et au contrôle du poids de Lucie sachant que ceux-ci sont dus au fait qu'elle est atteinte d'anorexie. Il aurait été intéressant de questionner les répondants sur leur envie et leur admiration s'ils ne savaient pas que Lucie souffre d'anorexie.

L'équipe de Mond, Robertson-Smith et Vetere conclut également que les participants qui ont obtenu un score plus élevé sur le plan des symptômes d'un trouble alimentaire ainsi que les participants faisant partie d'un sous groupe de personnes atteintes de trouble alimentaire ont démontré plus de désirabilité à l'égard de la minceur et du contrôle du poids des personnes atteintes d'anorexie. Les résultats de ce mémoire vont dans le même sens alors qu'il s'agit d'une attitude qui s'est manifestée surtout chez les répondants ayant déclaré avoir une meilleure connaissance de l'anorexie et chez les répondants ayant déclaré avoir vécu l'anorexie eux-mêmes ou chez un proche. Peut-être ces résultats peuvent-ils indiquer que le fait d'avoir des connaissances théoriques ou expérientielles sur l'anorexie ne semble pas dissocier la minceur de la maladie. Dans cette optique, la valeur minceur semble avoir plus d'importance aux yeux des personnes concernées que celle de la santé.

Qui plus est, les femmes et les répondants qui étudient dans un domaine lié à l'intervention psychosociale ou dans un domaine lié aux arts, aux lettres ou à l'enseignement ont aussi démontré plus d'envie et d'admiration à l'égard de la minceur et du contrôle du poids des personnes atteintes d'anorexie. Peut-être ces résultats peuvent-ils s'expliquer par le fait que les femmes sont plus touchées par cette maladie que les hommes (Kreipe & Birndorf, 2000; Statistique Canada, 2002) et que les domaines cités sont des domaines où, généralement, le nombre de femmes est plus élevé.

Toutefois, il n'en demeure pas moins qu'une personne sur 4, au lieu de voir la souffrance associée aux stratégies constantes de contrôle de l'apport alimentaire et l'isolement qui en

découle, focalise sur la capacité de contrôle du poids et de l'alimentation de la personne, ce qui est un constat somme toute inquiétant.

5.1.2 Le portrait de la famille ayant un membre atteint d'anorexie

Dans le processus de stigmatisation, le caractère dévalorisant du stigmaté peut s'étendre à la famille et aux proches du stigmatisé, qui ressentiront également les impacts négatifs du stigmaté. Au sujet de la famille dont un membre est atteint d'anorexie, le portrait ressemble à celui de la personne touchée. Les perceptions des répondants sont majoritairement neutres ou positives à son égard, mais certaines caractéristiques discréditantes sont ressorties.

D'abord, près de 9 répondants sur 10 considèrent les parents comme n'étant peu ou pas responsables de l'anorexie de leur enfant, c'est donc dire que la représentation que les répondants se font de l'anorexie est plus individuelle que familiale. À ce sujet, plusieurs répondants ont tenu à insister sur le caractère unique de l'anorexie. Selon eux, les parents peuvent être responsables ou ne pas l'être selon la situation de la personne. De plus, les répondants font peu de distinction entre la mère et le père quant à leur responsabilité au sujet de la maladie de leur enfant. Cette perception se traduit par le fait que les répondants reconnaissent que ce que vivent la mère et le père devant la maladie de leur enfant sont des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de l'enfant. Ils les perçoivent comme étant affectés, inquiets, impuissants et ayant besoin d'aide.

Par contre, si les répondants reconnaissent que l'attitude des parents à l'égard de leur enfant atteint d'anorexie puisse être aidante, l'image qu'ils s'en font est plutôt négative. Ils les voient comme étant absents et incompetents. En fait, plus du tiers des attributs mentionnés au sujet des parents sont négatifs. Trois personnes sur 10 ont une vision négative de la mère et 4 personnes sur 10 du père, qu'ils perçoivent comme étant plus absent. Il semble donc qu'une certaine proportion de répondants ait une vision un peu plus négative du père que de la mère. Plus largement, il se peut que cette vision rejoigne aussi celle des familles des personnes en difficulté, et plus particulièrement, des hommes (Lacharité & Lachance, 1997; Sana, 2007).

De plus, environ 1 personne sur 7 tend à blâmer modérément ou beaucoup les parents pour le fait que leur enfant souffre d'anorexie. Ces personnes sont surtout des hommes et des étudiants en sciences humaines et sociales (excluant les domaines liés à l'intervention psychosociale) ou en sciences naturelles. Ces résultats pourraient peut-être s'expliquer par l'idée que les hommes sont traditionnellement moins associés aux soins que les femmes (Blondin, 2008; Dandurand & Kempeneers, 1990; Ducharme, 2006; Guberman, 2002). Le fait que les étudiants en sciences humaines et sociales ou en sciences naturelles sont généralement plus loin des questions de souffrance humaine par leur objet d'étude pourrait aussi expliquer en partie ces résultats. Mais encore, les répondants ayant déclaré avoir vécu l'anorexie eux-mêmes ou qu'une personne connue l'ait vécue ont aussi été plus nombreux à culpabiliser les parents pour l'anorexie de leur enfant. Peut-être s'agit-il de personnes qui ont associé leur expérience anorexique à une incompetence parentale. Leur représentation de l'anorexie en a ainsi été teintée, comme le laissent entendre ces deux commentaires :

J'ai une amie qui a eu de graves problèmes d'anorexie et, sans poser le blâme sur sa mère, je crois que si celle-ci n'avait pas pratiqué une tonne de régimes, peut-être que sa fille aurait eu un parcours différent vis-à-vis [de] son corps (répondante 32, femme, 20 ans).

J'ai moi-même connu une fille lors de mon secondaire qui souffrait d'anorexie. Pour elle la pression sociale était tout simplement plus forte que ses valeurs et ses parents étaient absents et aveugles. Ils n'ont rien vu, seulement quand le mal était fait. Autrement, comment ne rien voir pendant 5 ans (répondant 771, homme, 23 ans).

D'autre part, la fratrie ne semble pas être l'objet du pouvoir d'extension du stigmatisme de l'anorexie puisque 9 répondants sur 10 accepteraient d'être amis avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie. De plus, plusieurs répondants ont affirmé « ne pas voir le lien » avec le frère et la sœur de la personne. Cela pourrait s'expliquer soit parce qu'ils trouvaient non pertinent de poser une question sur la fratrie : « Je trouve étrange que vous nous questionniez au sujet des parents et des frères et sœurs de Lucie », ce qui peut appuyer le fait que la fratrie est rarement incluse dans les traitements ou dans les recherches (Bachner-Melman, 2005; Gueguen, 2005; Latzer, Ben-Ari, & Galimidi, 2002; Vandorpe & Kinoo, 2008). Cette donnée pourrait également appuyer l'idée d'une vision plutôt individualiste, ontosystémique, de l'anorexie. Cela pourrait s'expliquer aussi parce que l'anorexie d'une personne ne les empêcherait pas d'être amis avec son frère ou sa sœur :

« Je ne vois pas en quoi est-ce que cette maladie m'influencerait sur l'intérêt ou non d'être amie avec la personne ou les frères et sœurs de la personne ». À l'inverse, les répondants ayant déclaré avoir une moins bonne connaissance de l'anorexie et ceux étudiant en sciences humaines et sociales ou en sciences naturelles sont ceux qui se sont montrés les plus réticents à une amitié avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie. Le manque de connaissances théoriques sur le sujet et le fait que l'anorexie est loin de leur objet d'étude peuvent peut-être expliquer cette attitude.

Enfin, 1 personne sur 3 perçoit le fonctionnement familial d'une personne vivant de l'anorexie comme étant problématique, ce qui peut correspondre à l'idée de « familles dites « psychosomatiques » ou « anorexigènes » dont les dysfonctionnements ou caractéristiques particulières sont censés contribuer au développement, au maintien ou à l'aggravation de l'anorexie » (Cook-Darzens, Doyen, & Mouren-Simeoni, 2000, p. 8). Qui plus est, les hommes ont été plus nombreux à percevoir les familles des personnes atteintes d'anorexie comme étant problématiques que les femmes, ce qui peut être conséquent avec leur tendance à blâmer modérément ou beaucoup les parents pour le fait que leur enfant souffre d'anorexie.

5.2 L'anorexie est-elle l'objet d'une stigmatisation?

À la lumière des résultats présentés dans ce mémoire, peut-on conclure que l'anorexie puisse être un trouble de santé mentale faisant l'objet d'une stigmatisation? Potentiellement, oui. Sur certains aspects, il semble que les personnes anorexiques se voient attribuer un statut de stigmatisées par certaines caractéristiques discréditantes attribuées à l'anorexie, et ce, par une certaine proportion de la population sondée. De plus, le caractère discréditant semble également s'étendre à la famille du discrédité, qui en ressentira également les impacts négatifs. Dans les sections suivantes, deux des propositions du stigmaté, le caractère discréditant et le pouvoir d'extension sont présentées.

5.2.1 Son caractère discréditant

D'abord, somme toute, la perception des répondants à l'égard des personnes atteintes d'anorexie est plutôt neutre ou positive. Les répondants reconnaissent que l'anorexie est un trouble de santé mentale grave et souffrant. Ils ne croient pas que la personne qui en est atteinte se serve de la maladie pour se sentir supérieure aux autres et ils croient qu'elle puisse être une bonne amie, une bonne conjointe, un bon parent et une professionnelle productive, si elle reçoit les traitements appropriés. Dans cette optique, les répondants voient l'anorexie comme une maladie grave pour laquelle ils n'en font pas une évaluation négative.

Cependant, certaines caractéristiques discréditantes et potentiellement stigmatisantes pour les personnes qui en souffrent ont été associées à l'anorexie par un nombre limité de répondants. Ainsi, le fait d'être atteintes de ce trouble de santé mentale peut marquer ces personnes comme étant différentes, voire coupables, et les dévaluer aux yeux des autres. Le fait d'être réputées en être atteintes peut également avoir le même effet puisque le stigmatisme a un caractère arbitraire à l'effet que la vulnérabilité à la stigmatisation n'est pas liée au fait de posséder un attribut en particulier, mais plutôt au fait d'être identifiées et reconnues par les autres comme porteuses d'une caractéristique indésirable.

De plus, il faut aussi que l'attribut soit porteur de stigmatisation dans le milieu en question puisque selon Goffman (1975), le stigmatisme se comprend comme une relation entre les individus et non comme un objet porté par un individu. Le stigmatisme naît plutôt de relations entre les attributs personnels et les stéréotypes véhiculés dans une société donnée. Le stigmatisme n'est donc pas une caractéristique propre à une personne, mais plutôt le produit d'un processus interpersonnel où les règles et les normes qui catégorisent un individu comme faisant partie de tel ou tel groupe sont définies, non pas par la nature, mais par la société et les institutions (Appleby & Anastas, 1998). Dans le cas de l'anorexie, deux possibilités existent au Québec où la « culture de la minceur » est présente (Ministère de la Culture des Communications et de la Condition féminine, 2010) et où le fait de souffrir d'un trouble de santé mentale est dévalorisé (Santé Canada, 2002). Ou bien le stigmatisme naît

de l'apparence corporelle de la personne, qui peut être « trop grosse »⁴⁵ ou « trop maigre »⁴⁶, ou bien il naît du fait de souffrir d'un trouble de santé mentale. Les deux stigmates peuvent également être présents simultanément.

Selon les résultats de ce mémoire, les personnes qui souffrent d'anorexie ou qui sont réputées en souffrir sont jugées comme étant responsables de leur condition, centrées sur elles-mêmes, insensibles aux torts qu'elles causent à leur famille, utilisant la maladie pour attirer l'attention des autres et ayant des comportements irritants par une certaine proportion des répondants.

Dans un premier temps, les réponses des participants laissent croire que l'anorexie est perçue comme étant une maladie d'abord individuelle, ensuite familiale. En effet, les répondants tiennent davantage responsables les personnes atteintes (31 % les tiennent modérément ou très responsables) que les parents de celles-ci (14 % les tiennent modérément ou très responsables). Le fait de croire que l'anorexie relève d'une responsabilité individuelle est problématique dans ce sens où les gens porteurs d'un stigmate perçu comme contrôlable (s'ils sont perçus comme étant responsables de leur condition ou si le stigmate résulte ou pourrait être éliminé par certains comportements) risquent d'être traités plus durement et rejetés plus facilement que ceux dont la société estime qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur condition (Crocker et al., 1998). Dans ces cas, les gens croient que la personne est responsable autant du problème que de sa solution. C'est potentiellement le cas pour l'anorexie, dont on croit que la personne a « volontairement » arrêté de manger et qu'elle irait mieux si elle « recommençait » à manger. Deux participantes à l'étude qualitative de Rich (2006, p. 292), hospitalisées pour anorexie, illustrent cette croyance lorsqu'elles affirment :

⁴⁵ Dans une situation d'anorexie, il faut savoir que le poids ou l'apparence corporelle de la personne peut varier considérablement, et ce, surtout s'il y a présence de boulimie. L'apparence cachectique de la personne survient lorsque le stade d'anorexie est très avancé. Ainsi, des personnes aux formats corporels très variés peuvent souffrir d'anorexie (Petitpas & Jean, 2011).

⁴⁶ Bien que la minceur soit un attribut valorisé au Québec, un corps trop mince, voire maigre, peut être mal vu et entraîner un stigma basé sur l'esthétisme.

And you know they don't really want to know what I think, because they're like 'why can't you eat?' and I'm like 'why can't you understand?'... It's really really frustrating... (Lydia)

It feels like this is a hospital for the gifted people that have gone wrong, do you know what I mean? And my mum always says that she doesn't understand why such beautiful and talented people want to destroy themselves. (Lauren)

De plus, selon les théories du processus de confirmation des attentes (*expectancy confirmation processes*) et du processus d'autoréalisation des prophéties (*self-fulfilling prophecies*), l'idée que la personne se fait des stéréotypes négatifs et des attentes associés au stigmaté peut amener la personne à agir en confirmation avec ces stéréotypes et ces attentes, au départ erronés (Darley & Fazio, 1980; Deaux & Major, 1987; Jussim et al., 2000). Selon Fazio, Effrein et Falender (1981), ils peuvent même engendrer des changements permanents dans la perception que la personne a d'elle-même. Dans cette optique, les personnes atteintes d'anorexie peuvent en venir à croire qu'elles sont effectivement responsables de leur condition, ce qui ajoute à la souffrance infligée par la maladie. Les propos de Ison et Kent (2010, non paginé), au sujet d'une participante hospitalisée pour anorexie, sont éloquentes à ce sujet :

One participant said how she felt she was letting people down through having an eating disorder and felt guilty and selfish. When asked how this impacted upon her she replied: it just reinforced my belief that really you know, I was a terrible person and you know, and not very nice really (8).

Selon la même logique, le fait que des gens disent admirer ou envier la minceur de la personne atteinte d'anorexie peut encourager celle-ci dans ses comportements destructeurs. La gratification qu'elle reçoit voulant qu'elle soit capable de réussir un défi que peu de gens réussissent (celui de perdre du poids ou de le maintenir bas) agit comme un renforcement de ses croyances erronées. Il devient ainsi plus difficile pour la personne de trouver la motivation pour se faire soigner étant donné la valorisation qu'apporte la maladie. Il devient aussi plus difficile pour l'entourage de lui apporter du soutien. Enfin, les effets de la stigmatisation vécue par les personnes peuvent être lourds de conséquences. D'abord, elle peut engendrer de la honte (Scheff, 2003), du mépris et du déni de reconnaissance (Renault, 2000) ainsi que de l'humiliation (Haroche, 2007), des

émotions qui sont susceptibles de provoquer une détresse importante chez la personne concernée. De plus, l'expérience de la stigmatisation peut également avoir un impact sur la santé en rendant les personnes marquées plus à risque d'avoir des problèmes de santé physique et mentale tels que la dépression, l'hypertension et les troubles cardiaques (Jackson et al., 1996; Krieger, 1990; McEwen, 2000). Un autre effet de la stigmatisation varie selon que le stigmate soit visible ou invisible. Pour les personnes dont le stigmate est visible (par exemple celles dont le corps est soit cachectique, soit obèse), le fait qu'elles ne peuvent jamais cacher leur attribut, et de ce fait endurent de façon continuelle les regards des autres, peut affecter leur bien-être de façon importante (Crocker et al., 1998). À l'inverse, les personnes dont le stigmate est invisible (par exemple dont le poids est « dans la normale ») peuvent avoir une estime de soi plus faible et être plus anxieuses ou plus déprimées (Dupont, 2003). La crainte d'être « découvertes » et de passer d'un statut de « discréditables » à un statut de « discréditées » peut préoccuper de façon obsessionnelle ces personnes et entraîner de l'anxiété profonde, de la suspicion à l'égard de l'entourage et de l'insécurité. Pour ne pas courir ce risque, d'autres peuvent choisir de cacher leur situation et mentir à leur entourage, avec les conséquences que ce choix entraîne. Goffman (1975) décrit cet effort permanent de simulation et ses risques de découverte comme le « syndrome de Cendrillon » : la magie de l'illusion peut cesser à tout moment.

5.2.2 Son pouvoir d'extension

À l'instar de la personne atteinte, les résultats de cette recherche révèlent une perception de sa famille somme toute positive ou neutre, ce qui laisse croire qu'il puisse y avoir un pouvoir d'extension. En effet, le portrait de la famille de la personne atteinte d'anorexie ressemble à celui de cette dernière, ce qui peut indiquer que la perception de l'anorexie s'est transposée à la fois à la personne atteinte et à sa famille (principalement les parents). Dans un premier temps, les répondants n'ont pas tendance à blâmer les parents pour l'anorexie de leur enfant. En fait, l'anorexie est perçue comme étant une maladie d'abord individuelle, ensuite familiale. Les répondants semblent plutôt prendre en considération la situation dans laquelle se trouve la personne au sein de sa famille pour juger si les parents

sont responsables ou non de l'anorexie de leur enfant. Ils reconnaissent que ce que vivent les parents est difficile et en ce sens, ils les perçoivent comme étant affectés, inquiets, impuissants et ayant besoin d'aide. Toutefois, ils les perçoivent aussi comme étant absents et incompetents, jugement qui peut être lourd à porter. Selon Santé Canada (Santé Canada, 2002, p. 82) :

Les familles des personnes souffrant de troubles de l'alimentation vivent également un grand stress. Elles peuvent se blâmer, se sentir anxieuses au sujet de l'avenir d'un être aimé, s'inquiéter de la mort possible de la personne et peuvent faire l'objet de la stigmatisation associée au fait d'avoir un enfant souffrant d'une maladie mentale [...] La stigmatisation isole les parents de leurs pairs et des autres membres de la famille.

Le fait que la stigmatisation s'étende à la famille de la personne peut donc avoir des conséquences importantes tant sur le bien-être de la personne atteinte que sur le bien-être de ses proches. Des recherches ont d'ailleurs démontré que les familles dont un membre souffre d'un trouble alimentaire peuvent percevoir un manque de compréhension de la part de l'entourage et se sentir blâmées pour la situation de leur proche, se retrouvant ainsi isolée d'un réseau de soutien dont elle aurait besoin pour traverser la maladie de son proche (Dimitropoulos et al., 2008; Highet et al., 2005; Whitney et al., 2007; Whitney et al., 2005). Par exemple, selon Dimitropoulos et ses collègues (2008), le caractère dévalorisant du stigmatisme associé aux troubles alimentaires peut être un élément incitant les membres de la famille à diminuer leurs contacts sociaux à l'extérieur de la famille afin d'éviter d'être blâmés pour l'anorexie de leur proche et de subir la honte associée à ce trouble mental. Également, selon Whitney et ses collègues (2007), le stigmatisme associé aux troubles alimentaires est l'un des deux facteurs contribuant le plus à la détresse ressentie par le proche aidant d'une personne vivant ce trouble mental.

Ainsi, les conséquences négatives peuvent être importantes sur les membres de la famille. Cependant, selon les données récoltées dans ce mémoire, il semble que les parents fassent principalement les frais de cette perception négative puisque 9 répondants sur 10 affirment qu'ils accepteraient d'être amis avec le frère ou la sœur d'une personne atteinte d'anorexie. Par contre, le fait que certains répondants ont affirmé « ne pas voir le lien » avec le frère et la sœur de la personne peut laisser croire que si les parents tendent à être l'objet d'une

attitude culpabilisante à leur égard, les membres de la fratrie, quant à eux, semblent être l'objet d'une certaine indifférence, voire de l'oubli. L'anorexie serait ainsi vue comme étant une affaire entre la personne atteinte et ses parents, oubliant de ce fait, la réalité vécue par les autres membres de la famille (Cook-Darzens et al., 2000; Vandorpe & Kinoo, 2008). Pourtant, des chercheurs ont trouvé une détresse et une insatisfaction avec la vie familiale beaucoup plus marquées dans la fratrie que chez les autres membres de la famille (Cook-Darzens S., 2002), sans compter les risques accrus de développer un trouble alimentaire, ou un autre trouble de santé mentale, à leur tour (Vandereycken W. & Van Vreckem E., 1992; Vandorpe & Kinoo, 2008). Il faut toutefois rappeler que le questionnaire ne comportait qu'une seule question sur la fratrie et que celle-ci portait sur la distance sociale. Ces résultats ne donnent donc qu'un aperçu très partiel de la perception des répondants à ce sujet.

Enfin, si les répondants semblent avoir été moins enclins à stigmatiser les parents et la fratrie, le tiers des personnes ont perçu le fonctionnement familial d'une personne atteinte d'anorexie comme étant problématique, ce qui n'est pas tout à fait représentatif de la réalité. En effet, durant les années 1960 à 1980, « les premières conceptualisations systémiques de l'anorexie mentale ont proposé des modèles étiologiques de familles dites « psychosomatiques » ou « anorexigènes » dont les dysfonctionnements ou caractéristiques particulières étaient censés contribuer au développement, au maintien ou à l'aggravation de l'anorexie » (Cook-Darzens et al., 2000, p. 8). Il était dit que les familles dont un membre vit un trouble alimentaire présentent des frontières fermées (fonctionnement rigide et défensif, règles rigides et secrètes) et des distances inexistantes (frontières imprécises diffuses et poreuses) ou grandes (frontières exagérément fermes, rigides, échanges difficiles ou inexistantes, désengagement) (Garcia, 2002). Les mères étaient présentées comme surprotectrices et les pères absents (Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005). En somme, deux portraits étaient tracés : une surabondance de limites imposées à l'enfant ou, à l'inverse, un manque de limites, laissant l'enfant à lui-même. Depuis, la réflexion autour de la famille s'est modifiée pour faire une place plus grande aux forces et aux compétences de ces familles et pour soulager celles-ci d'une culpabilité trop lourde à porter seule. Dans l'impossibilité de valider les premières conceptualisations, celles-ci ont été abandonnées.

De plus, il semble que ces attitudes parentales soient « aussi fréquentes dans les familles où il n'existe aucun problème psychologique majeur » (Perroud, 2003, p. 44). Rappelons toutefois que le questionnaire ne comportait qu'une seule question sur le fonctionnement familial, ne donnant ainsi qu'un aperçu très partiel de la perception des répondants à ce sujet.

5.3 Pistes de recherche et d'intervention

Les résultats de ce mémoire portent à croire que l'anorexie est une maladie qui puisse potentiellement être stigmatisante, par le poids de la culpabilité portée par les personnes atteintes, qui sont jugées par une certaine proportion des répondants comme étant responsables de leur condition, centrées sur elles-mêmes, insensibles aux torts qu'elles causent à leur famille, utilisant la maladie pour attirer l'attention des autres et ayant des comportements irritants. Cette maladie peut aussi stigmatiser les parents de ces personnes, qui sont jugés par certains répondants comme étant absents et incompetents, malgré la douleur qui les habite.

Ce projet de recherche comporte des limites : il est restreint à l'anorexie, les critères de fidélité et de validité de l'instrument de collecte de données ne sont pas connus, l'échantillonnage est non probabiliste et non généralisable à l'ensemble de la population et la collecte de données a été ponctuelle (Section 3.6). Cependant, il comporte aussi des forces. D'abord, il s'agit de la première étude sur la stigmatisation des personnes atteintes d'anorexie au Québec, voire au Canada. Il s'agit également de la première étude qui traite du pouvoir d'extension à la famille (parents et fratrie) de la personne atteinte et qui inclut des analyses en fonction du sexe, de l'âge, du domaine d'études, du degré de connaissance de l'anorexie et du degré de proximité des répondants avec l'anorexie. Le nombre important de répondants ($N = 1000$) permet également de colliger un grand éventail d'opinions, utile pour dresser un premier portrait de la situation, et de faire des analyses dont le degré de précision est élevé. Les résultats de cette recherche descriptive apportent donc des éléments d'informations importants sur un sujet encore peu étudié. Ces nouvelles

données s'avèrent précieuses pour l'avancement des connaissances scientifiques sur le sujet et la poursuite de recherches de plus grande envergure sur l'expérience des personnes atteinte d'anorexie et leurs proches.

Même si la collecte de données quantitatives sur le sujet apporte une mine d'informations importantes et pertinentes sur le sujet, elle ne permet pas d'approfondir ou de nuancer les propos des répondants. C'est pourquoi, dans un deuxième temps, il serait pertinent de mener des études qualitatives afin d'approfondir les connaissances scientifiques à la fois sur la perception de la population à ce sujet, mais aussi, en contrepartie, de questionner les personnes concernées sur leur vécu avec la maladie. Comment les personnes atteintes d'anorexie vivent-elles le regard des autres? Se sentent-elles stigmatisées, jugées? Et si oui, quels en sont les impacts dans leur vie et sur leur maladie? Et les mêmes questionnements peuvent s'appliquer pour les parents ou les frères et sœurs de ces personnes.

D'autre part, il serait également pertinent de refaire les mêmes analyses sur d'autres troubles des conduites alimentaires (la boulimie ou l'hyperphagie boulimique, par exemple) afin de pouvoir comparer les résultats obtenus à ceux sur l'anorexie. Dans le même ordre d'idées, refaire les mêmes analyses comparatives sur d'autres troubles de santé mentale (la dépression, la schizophrénie, par exemple) pourrait également permettre d'en connaître davantage sur la réalité des gens qui sont confrontés à l'anorexie au Québec. Ces analyses permettraient également de voir la spécificité et les éléments généraux qui peuvent être transférés d'un trouble de santé mentale à un autre.

Des recherches futures pourraient aussi inclure le fait d'être rétabli ou non de la maladie ou le degré d'actualisation des symptômes comme variable. En effet, certains résultats obtenus dans ce mémoire laissent croire que le fait d'être rétabli ou non a peut-être influencé la perception des répondants. L'attitude envers la personne semble changer selon la présence ou non de la maladie ou selon l'apparence des symptômes ou non. Il peut donc s'agir d'une piste à explorer lors de recherches ultérieures.

Des recherches plus poussées sur le sujet sont d'autant plus importantes que l'anorexie est une maladie dont les taux de mortalité sont considérables (Agras et al., 2004; Birmingham et al., 2005; Bulik et al., 2007; Harris & Barraclough, 1998; Sullivan, 1995) et qui touche de façon alarmante les adolescents (Adolescent Medicine Committee & Canadian Paediatric Society, 1998). Qui plus est, la stigmatisation a des conséquences négatives importantes sur les personnes qui en sont victimes dont celle de les décourager à consulter (Organisation mondiale de la Santé, 2001; Santé Canada, 2002).

Sachant cela, les résultats de cette étude constituent des éléments d'importance pour améliorer l'information et la sensibilisation de la population au sujet de l'anorexie. Les conclusions de cette étude vont dans le sens de celles de nombreux chercheurs (Crisp, 2005; Crisp et al., 2005; Hepworth & Paxton, 2007; Mond et al., 2006; Wingfield et al., 2010) qui recommandent que les messages destinés à la population générale présentent l'anorexie comme un trouble complexe dont les causes sont multiples, ce qui pourrait être fait, selon les conclusions de l'étude de Mond et al. (2006), par le biais des médias (télévision et cinéma). Il leur importe aussi de préciser que les troubles alimentaires sont des troubles de santé mentale et qu'en ce sens, ce n'est pas un choix, qu'en souffrir n'est pas la faute de la personne. Enfin, ils soulignent que l'éducation de la population devrait inclure des connaissances sur le trouble alimentaire comme tel, mais aussi des informations sur la façon de venir en aide aux personnes concernées. Les résultats de cette étude sont cohérents avec ces recommandations. Il s'avère essentiel de démentir l'idée que l'anorexie soit liée à une « crise » d'adolescence, que la personne soit responsable de sa maladie, qu'elle soit centrée sur elle-même, insensible aux torts qu'elle cause à sa famille ou qu'elle utilise la maladie pour attirer l'attention des autres. Également, il est nécessaire d'insister sur le fait que l'anorexie est un trouble de santé mentale qui engendre de l'isolement et une détresse émotionnelle importante et dont les conséquences sur la santé physique et mentale sont graves, afin de diminuer l'envie et l'admiration qu'elle peut susciter lorsque seule l'apparence extérieure est prise en considération.

D'ailleurs, informer et sensibiliser la population afin d'améliorer le bien-être des personnes cadre tout à fait dans la définition du travail social, à savoir qu'il cherche à :

promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines, la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général (Association Internationale des Écoles de Travail Social, 2011).

De plus, comme l'objet du travail social est plus que l'individu seul ou son environnement seul, mais bien les interactions réciproques dynamiques entre les deux, s'employer à réduire la stigmatisation d'une portion de la population afin qu'elle soit mieux intégrée à son environnement et moins victime de perceptions négatives s'inscrit tout à fait dans le champ du travail social. L'un des principes déontologiques du travail social est d'ailleurs la justice sociale (Deslauriers & Hurtubise, 2007). Selon ce principe, les travailleurs sociaux ont notamment le devoir de contester la discrimination négative sur la base des capacités ou des caractéristiques physiques, par exemple, et de travailler dans un esprit de solidarité, qui dénonce l'exclusion sociale et la stigmatisation.

Enfin, en connaître davantage sur le vécu des personnes atteintes d'anorexie permet également d'ajuster et d'améliorer les interventions leur étant destinées en fonction des points de stigmatisation qui sont ressortis. Link et Phelan (2001) font deux recommandations à ce sujet. D'abord, les approches visant à tenter d'enrayer la stigmatisation doivent être multiples et dirigées vers les différents mécanismes en cours et les différents types de discrimination. Ensuite, les approches doivent cibler les causes fondamentales du stigmate, c'est-à-dire toucher les attitudes et les croyances profondes des groupes détenant le pouvoir, ou changer les circonstances dans lesquelles la stigmatisation s'opère, afin de limiter le pouvoir conféré aux groupes discriminants. De plus, il convient de documenter aussi la réalité des parents confrontés à l'anorexie d'un enfant ainsi que la réalité de la fratrie, qui vit aussi les contrecoups de cette maladie. Un intervenant au fait que ce trouble de santé mentale puisse engendrer de la stigmatisation pourrait ainsi être plus sensible à la personne et plus efficace dans ses interventions auprès de celle-ci, de ses parents et de sa fratrie.

Conclusion

Les informations contenues dans ce mémoire permettent de tirer trois conclusions. D'une part, la perception de l'anorexie au sein de la population sondée s'avère somme toute assez positive. L'anorexie est vue comme un trouble de santé mentale grave et souffrant. Les répondants ne croient pas que la personne qui en est atteinte se serve de la maladie pour se sentir supérieure aux autres. Ils croient qu'elle puisse être une bonne amie, une bonne conjointe, un bon parent et une professionnelle productive, si elle reçoit les traitements appropriés. De plus, cette perception somme toute positive s'étend aussi aux parents, qui sont vus comme étant affectés, inquiets, impuissants et ayant besoin d'aide, des attitudes qui peuvent contribuer à l'évolution positive de leur enfant.

D'autre part, malgré une perception somme toute positive, les personnes atteintes d'anorexie ainsi que leurs parents peuvent être la cible d'attitudes et de perceptions stigmatisantes de la part d'une certaine proportion des répondants. Globalement, l'anorexie est perçue comme une maladie individuelle, dont la responsabilité revient à la personne affectée et, dans une moindre mesure, à ses parents. Environ un tiers des répondants ont tendance à blâmer la personne affectée pour sa condition, à la trouver centrée sur elle-même, peu sensible aux torts qu'elle cause à sa famille, utilisant la maladie pour attirer l'attention des autres et trouvent son comportement irritant. Les parents, quant à eux, sont perçus comme étant absents et incompétents.

Dans un troisième temps, en plus de certaines attitudes stigmatisantes, les résultats contenus dans cette étude laissent paraître certaines attitudes et perceptions pouvant contribuer à banaliser l'anorexie. D'abord la moitié des répondants pensent que l'anorexie est liée à la « crise » d'adolescence, ce qui peut laisser croire à tort qu'elle est une affection temporaire, liée à une période normale de développement. Également, le quart des répondants affirme envier la minceur et admirer la capacité de la personne atteinte d'anorexie à contrôler son poids, ce qui peut avoir l'effet de renforcer le comportement anorexique et de contribuer à maintenir la personne dans la maladie.

Malgré les limites de cette étude, ces nouvelles informations permettent de dresser un premier portrait de la perception de personnes à propos de l'anorexie. Cette perception peut avoir des impacts négatifs sur les personnes atteintes d'anorexie ainsi que sur leur famille, comme en témoigne certains résultats de cette étude. Il va sans dire qu'il serait pertinent que des recherches futures se penchent plus en profondeur sur le vécu de ces personnes, sur la façon dont elles vivent ce trouble mental. Les conclusions de ce mémoire vont également dans le sens d'améliorer l'information et la sensibilisation de la population au sujet de l'anorexie, non seulement sur le trouble alimentaire comme tel, mais aussi sur la façon de venir en aide aux personnes concernées. Les travailleurs sociaux ont, à plus forte raison, le devoir de contester la discrimination négative et de travailler dans un esprit de solidarité, qui dénonce l'exclusion sociale et la stigmatisation. Enfin, il serait souhaitable d'ajuster et d'améliorer les interventions auprès de ces personnes en fonction des points de stigmatisation qui sont ressortis, de collaborer avec leurs parents et d'inclure leur fratrie dans le traitement.

Références

- Abric, J.-C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales : système central et périphérique. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Abric, J.-C., & et al. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. France: Éditions Érès.
- Adolescent Medicine Committee, & Canadian Paediatric Society (1998). Eating disorders in adolescents: principles of diagnosis and treatment. *Paediatrics and Child Health*, 3(3), 189-192. Reaffirmed January 2001.
- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.
- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., et al. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 509-521.
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188.
- Allison, K. W. (1998). Stress and oppressed category membership. In J. K. Swim & C. Stangor (Eds.), *Prejudice: The Target's Perspective* (pp. 145-170). San Diego, CA: Academic.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision ed.): Washington, DC : American Psychiatric Association, c2000.
- American Psychiatric Association (2009). DSM-5 Publication Date Moved to May 2013. *American Psychiatric Association*, from <http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2009NewsReleases/DSM-5-Publication-Date-Moved-.aspx>, consultée le 23 août 2011
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 153-162.
- Annis, N. M., Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1(2), 155-167.
- Anorexie et boulimie Québec (2011). J'ai besoin d'aide. Retrieved 6 juillet 2011, from <http://www.anebquebec.com/html/fr/aides/ta.html>
- Appelo, M. T., Slooff, C. J., Woonings, F. M. J., Carson, J., & Louwerens, J. W. (1993). Grief: Its significance for rehabilitation in schizophrenia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 53-59.
- Appleby, G. A., & Anastas, J. W. (1998). Homophobia and heterosexism. Understanding the context of gay, lesbian, and bisexual lives. In G. A. Appleby & J. W. Anastas (Eds.), *Not Just a Passing Phase. Social Work with Gay, Lesbian, and Bisexual People* (pp. 3-43). New York: Columbia University Press.
- Association Internationale des Écoles de Travail Social (2011). Définition du travail social Retrieved 27 juin 2011, from <http://www.iassw-aiets.org/>

- Bacardi-Gascón, M., Leon-Reyes, M., & Jiménez-Cruz, A. (2007). Stigmatization of Overweight Mexican Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(2), 99-105.
- Bachner-Melman, R. (2005). Siblings in the context of anorexia nervosa. *The Israel Journal of psychiatry and related sciences*, 42(3), 178-184.
- Bardone-Cone, A. N., & Cass, K. M. (2007). What Does Viewing a Pro-Anorexia Website Do? An Experimental Examination of Website Exposure and Moderating Effects. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 537-548.
- Becker, A. E., Franko, D. L., Nussbaum, K., & Herzog, D. B. (2004). Secondary prevention for eating disorders: The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 157-162.
- Béland, F. (1984). La mesure des attitudes. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale* (pp. 359-389). Sillery: PUQ.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 143-146.
- Blais, A., & Durand, C. (2003). Le sondage. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Block, R. G. (2009). Is it just me? Experiences of HIV-related stigma. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8(1), 1 - 19.
- Blondin, M. (2008). Les retombées du virage ambulatoire sur les aidantes aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Reflets*, 14, 220-247.
- Bouchard, P., & Bouchard, N. (2005). L'imprégnation idéologique et la résistance : étude des réactions d'un groupe de préadolescentes à deux magazines pour jeunes filles. *Recherches féministes*, 18(1), 5-24.
- Branch, C. H., & Eurman, L. J. (1980). Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 631-632.
- Brimo, A. (1972). *Les méthodes en sciences sociales*. Paris: Éditions Montchrestien.
- Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A., & Veiel, H. (1990). Self-esteem and depression (1. Measurement issues and prediction of onset). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(4), 200-209.
- Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C. T., van Furth, E. F., & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annual Review of Nutrition*, 27, 263-275.
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823-834.
- Caplow, T. (1970). *L'enquête sociologique*. Paris: Armand Colin.
- Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris: PUF.
- Chen, E., & Matthews, K. A. (2003). Development of the cognitive appraisal and understanding of social events (CAUSE) videos. *Health Psychology*, 22(1), 106-110.
- Chevrier, J. (2003). La spécification de la problématique. In B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (pp. 51-84). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

- Clinton, D., & Norring, C. (2005). The comparative utility of statistically derived eating disorder clusters and DSM-IV diagnoses: Relationship to symptomatology and psychiatric comorbidity at intake and follow-up. *Eating Behaviors*, 6(4), 403-418.
- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-236.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren-Simeoni, M. C. (2000). Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques: le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique. *Prisme*, 32, 8-111.
- Cook-Darzens S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée*. Paris: Dunod.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., & Hall, L. L. (2005). Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 56(5), 551-556.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 550-555.
- Crandall, C. S. (1995). Do parents discriminate against their heavyweight daughters? *Personality and Social Psychology*, 21, 724-735.
- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446.
- Crawford, A. L. (1997). *Environmental contexts and functional impairment associated with help-seeking and behavior change among women with bulimia*. Unpublished Ph.D, Auburn University, United States -- Alabama.
- Crisafulli, M. A., Holle, A. V., & Bulik, C. M. (2008). Attitudes towards anorexia nervosa: The impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 333-339.
- Crisafulli, M. A., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., & Herzog, D. B. (2011). Stigmatization of anorexia nervosa: Characteristics and response to intervention. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 29, 756-770.
- Crisp, A. H. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13, 147-152.
- Crisp, A. H., Cowan, L., & Hart, D. (2004). The College's Anti-Stigma Campaign, 1998-2003: A shortened version of the concluding report. *Psychiatric Bulletin*, 28(4), 133-136.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.

- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In S. Fiske, D. Gilbert & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Croizet, J. C., & Martinot, D. (2003). Stigmatisation et estime de soi. In J. C. Croizets & J. P. Leyens (Eds.), *Mauvaises réputations: réalités et enjeux de la stigmatisation sociale* (pp. 12-59). Paris: Armand-Colin.
- Currin, L., Waller, G., & Schmidt, U. (2009). Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 453-458.
- Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 340-349.
- Dandurand, R., & Kempeneers, M. (1990). Femmes et politiques familiales entre l'ambivalence et l'implication. *Santé mentale au Québec*, 15, 85-99.
- Dantier, B. (2007). Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales: Jodelet, *Les représentations sociales* In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Darley, J. M., & Fazio, R. H. (1980). Expectancy confirmation processes arising in the social interaction sequence. *American Psychologist*, 35(10), 867-881.
- Deaux, K., & Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94(3), 369-389.
- Debaty, P. (1967). *La mesure des attitudes*. Paris: PUF, Collection SUP.
- Demir, B. (2007). *Stigmatization of eating disorders*. Unpublished M.A., Case Western Reserve University, United States -- Ohio.
- Deslauriers, J.-P., & Hurtubise, Y. (2007). *Introduction au travail social, 2ème édition*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Dictionnaire de psychologie (2010). Dicopsy.com. Retrieved 27 septembre 2010: <http://www.dicopsy.com/dictionnaire.php/psychologie-generale/perception>
- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 739-747.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181.
- Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées : Enjeux, défis et stratégies*. Montréal: Beauchemin.
- Dupont, E. (2003). Émotions et groupes stigmatisés. In J. C. Croizets & J. P. Leyens (Eds.), *Mauvaises réputations: Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale* (pp. 61-92). Paris: Armand-Colin.
- Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S. A. (2003). Suicide prevention: a study of patients' views. *The British Journal of Psychiatry*, 182(3), 261-265.

- Emlet, C. A. (2006). "You're awfully old to have this disease": Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontologist*, 46(6), 781-790.
- Evans, E. J., Hay, P. J., Mond, J., Paxton, S. J., Quirk, F., Rodgers, B., et al. (2011). Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: A qualitative exploration in a longitudinal community survey. *Eating Disorders*, 19(3), 270-285.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fazio, R. H., Effrein, E. A., & Falender, V. J. (1981). Self-perceptions following social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 232-242.
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma : What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154.
- Finch, B. K., Kolody, B., & Vega, W. A. (2000). Perceived discrimination and depression among mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 295-313.
- Fine, M., & Asch, A. (1988). Disability Beyond Stigma: Social Interaction, Discrimination, and Activism. *Journal of Social Issues*, 44(1), 3-21.
- Fize, M. (2003). *Ne m'appelez plus jamais crise!* Ramonville Saint-Agne, France: Éditions Érès.
- Garcia, M.-J. (2002). *Perceptions de pères d'une fille ayant un trouble de comportements alimentaires : étude descriptive et exploratoire*. Mémoire de maîtrise en service social, École de Service Social, Université Laval, Québec.
- Gilchrist, P. N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R. S., & Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited I: Anorexia nervosa. *Medical journal of australia*, 169(8), 438-441.
- Giles, D. (2006). Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *British Journal of Social Psychology*, 45, 463-477.
- Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2004). Données épidémiologiques : anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 17(6), 327-330.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté: les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trans.). Paris: Les Éditions de Minuit.
- Guberman, N. (2002). L'analyse différenciée selon les sexes et les politiques québécoises pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Lien social et Politiques*, 47, 155-169.
- Gueguen, J. P. (2005). Fratrie de l'anorexique : une sur-représentation des filles? *L'Information Psychiatrique*, 81, 783-787.
- Hackler, A. (2007). *Seeking professional help for an eating disorder: The role of stigma, anticipated outcomes, and attitudes*. Unpublished M.S., Iowa State University, United States -- Iowa.
- Halter, M. J. (2004). The stigma of seeking care and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 178-184.
- Haroche, C. (2007). Le caractère menaçant de l'humiliation. *Le journal des psychologues*, 243, 39-44.

- Harrell, S. P. (2000). A multidimensional conceptualization of racism-related stress: implications for the well-being of people of color. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 42-57.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hebebrand, J., Casper, R., Treasure, J., & Schweiger, U. (2004). The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*, 111(7), 827-840.
- Hebl, M. R., & Heatherton, T. F. (1998). The stigma of obesity in women: The difference is black and white. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(4), 417-426.
- Hebl, M. R., King, E. B., & Perkins, A. (2009). Ethnic differences in the stigma of obesity: Identification and engagement with a thin ideal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(6), 1165-1172.
- Hepworth, N., & Paxton, S. J. (2007). Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: A concept mapping approach. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 493-504.
- Highet, N., Thompson, M., & King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 13(4), 327 - 344.
- Hilbert, A., Rief, W., & Braehler, E. (2008). Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample. *Obesity*, 16(7), 1529-1534.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J., & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 50-56.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Institut de la statistique du Québec (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011). Troubles de l'alimentation : causes et symptômes. Retrieved 6 juillet 2011, from <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation>
- Ison, J., & Kent, S. (2010). Social identity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*.
- Jackson, J. S., Brown, T. N., Williams, D. R., Torres, M., Sellers, S. L., & Brown, K. (1996). Racism and the physical and mental health status of African Americans: a thirteen year national panel study. *Ethnicity & disease*, 6(1-2), 132-147.
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales: phénomène, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. NY: Freeman.

- Jussim, L., Palumbo, P., Chatman, C., Madon, S., & Smith, A. (2000). Stigma and self-fulfilling prophecies. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 374-418). New York: Guilford.
- Kaiser, C. R., Major, B., & McCoy, S. K. (2004). Expectations about the future and the emotional consequences of perceiving prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*, 173-184.
- Katterman, S. N., & Klump, K. L. (2010). Stigmatization of eating disorders: A controlled study of the effects of the television show *Starved*. *Eating Disorders*, *18*(2), 153-164.
- Knight, M. T. D., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, *12*(3), 209-222.
- Kreipe, R. E., & Birndorf, S. A. (2000). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America*, *84*, 1027 - 1029.
- Krieger, N. (1990). Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science & Medicine*, *30*(12), 1273-1281.
- Kumanyika, S. K. (1998). Obesity in African Americans: biobehavioral consequences of culture. *Ethnicity and Disease*, *8*, 93-96.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, *127*(2), 187-208.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'«analyse stigmatique» revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, *1*(5), 183-199.
- Lacharité, C., & Lachance, D. (1997). Perception de la participation du père à la vie familiale dans les familles manifestant des difficultés psychosociales. Une étude exploratoire. *Comprendre la famille*, 134-148.
- Lamoureux, A. (2000). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Québec: Éditions Études vivantes.
- Latzer, Y., Ben-Ari, A., & Galimidi, N. (2002). Anorexia nervosa and the family : effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. *International Journal of Adolescent Medical Health*, *14*(4), 275-281.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer-Verlag.
- Le Robert (2010). Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2010. Retrieved 18 août 2010: <http://pr2010.bvdep.com/version-1/pr1.asp>
- Leary, M. R., & Schreindorfer, L. S. (1998). The stigmatization of HIV and AIDS: rubbing salt in the wound. In V. Derlega & A. P. Barbee (Eds.), *HIV and Social Interaction* (pp. 12-29). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lemoine, T. K. (2007). *La peau et les os... après, Guide avec pistes de réflexion*. Montréal: Office national du film du Canada.
- Lemon, N. (1973). *Attitudes and Their Measurement*. London: B.T. Batsford Ltd.
- Levitt, H. M. (1997). A semiotic understanding of eating disorders: The impact of media portrayal. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *5*(3), 169 - 183.
- Lewis, T. T., Everson-Rose, S. A., Sternfeld, B., Karavolos, K., Wesley, D., & Powell, L. H. (2005). Race, education, and weight change in a biracial sample of women at midlife. *Archives of Internal Medicine*, *165*(5), 545-551.

- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359-364.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). Labeling and stigma. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *The Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Plenum.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Major, B., & Eccleston, C. P. (2004). Stigma and social exclusion. In D. Abrams, J. Marques & M. A. Hogg (Eds.), *Social Psychology of Inclusion and Exclusion* (pp. 63-87). New York: Psychology Press.
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393-421.
- Major, B., Quinton, W. J., McCoy, S. K., & Mark, P. Z. (2002). Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. Volume 34, pp. 251-330): Academic Press.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189.
- McGuire, W. (1968). The Nature of Attitudes and Attitude Change. In D. Mills & W. Addison (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. Vol. 3, 2e édition.
- Ministère de la Culture des Communications et de la Condition féminine (2010). *Plan d'action pour la mise en oeuvre 2010-2013 de La Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratique des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Beliefs of women concerning the severity and prevalence of bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 299-304.
- Mond, J. M., Robertson-Smith, G., & Vetere, A. (2006). Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *Journal of Mental Health*, 15(5), 519-532.
- Montcalm, D., & Royse, D. (2002). *Data Analysis for Social Workers*. Boston: Allyn and Bacon.
- Morgan, J. (1999). Eating disorders and gynecology, knowledge and attitudes among clinicians. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(3), 233-239.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mucchielli, R. (1975). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale*. Paris: Les éditions ESF, 5e édition.

- National Institute of Mental Health (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Retrieved December 2, 2005. from <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS, Théories et recherches*. Retrieved from <http://sociologies.revues.org/index993.html>, le 22 août 2011
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., & Asher, T. (2003). Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press.
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 317-324.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory (2nd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- O'Hara, S. K., & Smith, K. C. (2007). Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Education and Counseling*, 68(1), 43-51.
- Organisation mondiale de la Santé - Bureau régional de l'Europe (2005). *Relever les défis, trouver des solutions* Document publié à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki, 12-15 janvier 2005, Copenhague: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Palmer, R. L. (1993). Weight concern should not be a necessary criterion for the eating disorders: A polemic. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 459-465.
- Park, J. H., Faulkner, J., & Schaller, M. (2003). Evolved disease-avoidance processes and contemporary anti-social behavior: Prejudicial attitudes and avoidance of people with physical disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 65-87.
- Pauzé, R., & Charbouillot, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Toulouse Erès.
- Pépin, G. (2004). *Évaluation des effets liés à la participation à un groupe de soutien pour les proches de personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires selon une approche pluraliste*. Thèse de doctorat en médecine expérimentale, Faculté de médecine, Université Laval, Québec.
- Perez, M., & Joiner, T. E. (2003). Body image dissatisfaction and disordered eating in black and white women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 342-350.
- Perroud, A. (2003). *Faire face à l'anorexie. Une démarche efficace pour guérir*. Paris: Éditions Retz.
- Petitpas, J., & Jean, A. (2011). *Comprendre les troubles alimentaires - Manuel de l'intervenant*. Montréal: La Boîte à livres, Collection Zéro Zizanie.
- Phelan, J., Link, B. G., Moore, R. E., & Stueve, A. (1997). The stigma of homelessness: The impact of the label "homeless" on attitudes toward poor persons. *Social Psychology Quarterly*, 60(4), 323-337.
- Pinto, R., & Grawitz, M. (1967). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Pomerleau, G., & Ratté, C. (1999). Les troubles de l'alimentation. In P. Lalonde, J. Aubut & F. Grunberg (Eds.), *Psychiatrie clinique: Une approche biopsychosociale. Tome 1. Introduction et syndromes cliniques*. Boucherville, Québec: Gaétan Morin.

- Pomerleau, G., Ratté, C., Boivin, S., & Brassard, A. (2001). *Démystifier les maladies mentales, Anorexie et boulimie, Comprendre pour agir*. Québec: Gaëtan Morin Éditeur.
- Poupart, J. (2001). D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes: Retour sur la sociologie dite interactionniste et sur le courant de la réaction sociale. In H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes sociaux Tome 1, Théories et méthodologies* (pp. 80-110). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Price, J. M., & Pecjak, V. (2003). Obesity and stigma: Important issues in women's health. *Psychology Science*, 45(Suppl2), 6-42.
- Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(4), 436-452.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (Suppl 1), I99-I109.
- Renault, E. (2000). *Mépris social : éthique et politique de la reconnaissance*. Bègles: Éditions du Passant.
- Rich, E. (2006). Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of Health & Illness*, 28(3), 284-305.
- Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *The Journal of School Nursing*, 22(4), 201-206.
- Robitaille, C. (2005). *L'expérience des jeunes en famille recomposée homoparentale et la stigmatisation sociale*. Unpublished M.S.S., Université Laval, Québec.
- Roehrig, J. P., & McLean, C. P. (2009). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*, 00, 000-000.
- Rogel, T. (1997). La stigmatisation. *DEES*, 107, 53-60.
- Rogge, M. M., Greenwald, M., & Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *Advances in Nursing Science*, 27(4), 301-315.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.
- Royzman, E. B., & Sabini, J. (2001). Something it takes to be an emotion: The interesting case of disgust. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 31, 29.
- Sana, P. (2007). Quel droit à la famille pour les personnes vivant dans la grande pauvreté? *Pensée plurielle*, 16(3), 29-50.
- Sanchez-Mazas, M. (2004). *Racisme et xénophobie*. Paris: PUF.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada: à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php>, consultée le 26 juillet 2010.
- Scheff, T. J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2), 239-262.
- Scheffels, J. (2009). Stigma, or sort of cool: Young adults' accounts of smoking and identity. *European Journal of Cultural Studies*, 12(4), 469-486.
- Schoeck, H. (1995). *L'envie : une histoire du mal*. Paris: Les Belles Lettres.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 298-306.

- Shepherd, E., & Seale, C. (2010). Eating disorders in the media: The changing nature of UK newspaper reports. *European Eating Disorders Review*.
- Simon, Y. (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(4), 137-142.
- Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81-97.
- Smith, C. A. (1991). The self, appraisal, and coping. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (pp. 116-137). Elmsford, NY: Pergamon.
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. In S. C. Ainlay, G. Becker & L. M. Coleman (Eds.), *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum.
- Statistique Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être (mise à jour en septembre 2004)*. à l'adresse http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/tables_f.htm, consultée le 26 juillet 2010.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52(6), 613-629.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811.
- Steele, C. M., Spencer, S. J., Aronson, J., & Mark, P. Z. (2002). Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 34, pp. 379-440). San Diego, CA: Academic Press.
- Steiger, H., & Champagne, J. (1999). Les troubles de l'alimentation: l'anorexie nerveuse et la boulimie. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent - Approche intégrative* (pp. 391-404). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Steinhausen, H.-C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stewart, M.-C., Keel, P. K., & Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 320-325.
- Stewart, M.-C., Schiavo, R. S., Herzog, D. B., & Franko, D. L. (2008). Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 311-318.
- Stip, E., Caron, J., & Lane, C. J. (2001). Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *CMAJ*, 164(9), 1299-1300.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. (2003). Reducing the multiple burdens of suffering: Accessing care for eating disorders. Commentary on: Crow, S. J. & Peterson, C. B. The economic and social burden of eating disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. Lopez-Ibor & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation: leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074.

- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. In R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Eds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 39-68). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Udovitch, M. (2002, September 8). A secret society of the starving. *The New York Times*.
- Vandereycken W., & Van Vreckem E. (1992). Siblings of patients with eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 273-280.
- Vandorpe, M., & Kinoo, P. (2008). Les patient(e)s anorexiques et leur fratrie. *Thérapie familiale, Genève*, 29(3), 355-373.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Vizbara, M. (2009). Le rétablissement lié aux troubles alimentaires est un processus à long terme, mais un parcours qui en vaut la peine. Retrieved from <http://www.thechildren.com/fr/sante/pathologies.aspx?cID=30&scID=&iID=174>, consultée le 10 juillet 2009
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Walsh, B. T. (2011). Troubles alimentaires et DSM V, from <http://www.st42.com/tca/index.php?idpage=88&PHPSESSID=076ad4f5597b7ab7a98bd36f2c3094dd>, consultée le 23 août 2011
- Warin, M. (2004). Primitivising anorexia: The irresistible spectacle of not eating. *The Australian Journal of Anthropology*, 15(1), 95-104.
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J., & Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 413-428.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 444-449.
- Wilkins, J. (1995). Anorexie mentale et boulimie : Un modèle d'intervention qui tient compte des enjeux de l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 16, 133-158.
- Wingfield, N., Kelly, N., Serdar, K., Shivy, V. A., & Mazzeo, S. E. (2010). College students' perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 00, 000-000.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68-90.
- Xu, W. (2007). *Factors and processes influencing motivation for psychotherapy of anorexia nervosa sufferers in mainland China: A qualitative research in case of Shenzhen*. Unpublished Ph.D., The Chinese University of Hong Kong (Hong Kong), Hong Kong.

Annexe 1 : Formulaire de consentement en ligne

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN LIGNE

Manger à contre-courant
Attitudes et perceptions d'étudiants à propos de l'anorexie

Présentation

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Judith Petitpas, dirigé par Marie-Christine Saint-Jacques et Robert Pauzé, de l'École de service social de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, ses avantages, ses risques et ses inconvénients. Nous vous invitons à contacter l'étudiante chercheuse afin de poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature de l'étude

La présente recherche a pour but de connaître les attitudes et les perceptions des étudiants de l'Université Laval à l'égard des personnes vivant de l'anorexie et de leur famille.

Plus spécifiquement, cette étude cherche à identifier :

- 1) Quelles sont les attitudes des répondants à l'égard des personnes vivant de l'anorexie?
- 2) Quelles sont les perceptions des répondants à l'égard de la famille des personnes vivant de l'anorexie?
- 3) Ces attitudes et ces perceptions varient-elles en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de connaissance de la problématique des répondants?

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à compléter un questionnaire, d'une durée d'environ quinze minutes, qui portera sur les éléments suivants:

- A. Votre opinion au sujet d'une personne qui vit de l'anorexie (la sévérité du trouble, sa contribution à la société, la centration sur elle-même, etc.) ;
- B. Votre opinion au sujet des parents, de la fratrie et de la famille d'une personne vivant de l'anorexie ;
- C. Votre profil de répondant (sexe, âge, domaine d'études et connaissance de la problématique).

Avantages et risques possibles liés à la participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre l'occasion de participer à l'avancement des connaissances sur l'anorexie et ainsi aider à améliorer le bien-être des personnes touchées. Votre participation est également une occasion de réfléchir de façon anonyme, à votre propre opinion à l'égard des personnes vivant de l'anorexie et de leur famille.

Il est possible que le fait de répondre à ce questionnaire suscite chez vous des réflexions, des émotions, des souvenirs émouvants ou désagréables. Dans le cas où cela se produisait, n'hésitez pas à utiliser les ressources mentionnées à la fin de ce formulaire de consentement.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Dans le cas où vous acceptez, vous pouvez également mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans devoir justifier votre décision. Pour ce faire, vous n'aurez qu'à quitter le questionnaire que vous étiez en train de compléter. Par ailleurs, puisque aucune donnée permettant l'identification personnelle (ex. : nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui choisirait de se retirer du projet, après avoir rempli son questionnaire, ne pourront être détruites.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- tout au long de la recherche, les noms des participants ne seront pas exigés;
- le matériel (questionnaires) sera conservé sur un ordinateur protégé par un mot de passe;
- il est possible que la recherche fasse l'objet de publications dans des revues scientifiques ou servent à des travaux ultérieurs. Dans cette situation, puisque les participants ne seront pas nommés, aucun participant ne pourra y être identifié.

Pour des renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Judith Petitpas, étudiante chercheuse à la maîtrise en service social, au numéro de téléphone suivant : (418) 657-8836, ou à l'adresse courriel suivante : judith.petitpas.1@ulaval.ca.

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande par courriel à l'étudiante chercheuse. Les résultats ne seront pas disponibles avant le 1er décembre 2011. Si cette adresse courriel changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à en informer l'étudiante chercheuse.

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude.
Nous vous remercions d'y participer.

Le fait de remplir le questionnaire sera considéré comme l'expression de votre
consentement à participer au projet.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au :
Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval
Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Télécopieur : (418) 656-3846
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Ressources d'aide :

Maison l'Éclaircie

(organisme communautaire spécialisé dans le traitement de l'anorexie et de la boulimie)
2860, rue Montreuil
Québec, Québec, G1V 2E3
(418) 650-1076
www.maisoneclaircie.qc.ca

CLSC de Sainte-Foy – Sillery

3108, chemin Sainte-Foy
Québec, Québec, G1X 1P8
(418) 651-2572

Projet approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval
no d'approbation 2010-272
le 04-11-2010

Annexe 2 : Questionnaire en ligne

La première partie de ce questionnaire présente l'histoire d'une adolescente de 16 ans. Veuillez prendre connaissance de l'histoire qui suit. Les questions suivantes s'y référeront.

Lucie est une étudiante de 16 ans. Elle est en secondaire 5. Au moment des changements corporels qui sont apparus lors de sa puberté, elle est devenue très préoccupée par son apparence corporelle. À son entrée à l'école secondaire, Lucie s'est inscrite à un centre d'entraînement et a commencé à faire de la course à pied une fois par jour. Grâce à ce programme d'entraînement, elle a graduellement perdu du poids. Parallèlement, Lucie a débuté un régime. Elle évite les produits engraisants, ne mange pas entre les repas et ne consomme que des aliments bons pour la santé. Certains jours, elle mange très peu, voire pas du tout. En restreignant son alimentation, Lucie est parvenue à perdre encore plus de poids. Celui-ci est maintenant en dessous du poids normal pour son âge et sa grandeur et elle n'a plus de menstruations. Malgré sa maigreur et son apparence émaciée, Lucie nie qu'elle soit trop maigre. Elle se dit terrifiée à l'idée de devenir obèse et refuse de reprendre quelques livres. La relation avec ses parents est de plus en plus tendue et ses notes à l'école commencent à chuter depuis quelques mois. Elle s'isole au fur et à mesure de sa perte de poids. Elle ne fréquente plus ses amies en dehors des heures scolaires. De plus, elle évite d'aller à la cafétéria avec ses amies à l'heure des repas; elle préfère aller marcher seule autour de l'école. Enfin, elle va à la bibliothèque lors des pauses plutôt qu'à la salle communautaire de l'école où se trouvent ses amies. Elle se montre peu intéressée par les autres et peu concernée par ce qui leur arrive.

Le questionnaire est composé de trois sections, visant à connaître votre opinion à l'égard d'une personne qui vit de l'anorexie, votre opinion à l'égard de sa famille et votre profil de répondant.

Cochez une seule case, à moins d'indications contraires.

Section A | Votre opinion à l'égard d'une personne qui vit de l'anorexie

La section A contient des questions au sujet de la personne qui vit de l'anorexie.

1. Selon vous, le problème présenté par Lucie la fait-il souffrir ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

2. Selon vous, le problème de Lucie est-il grave ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Très

3. Selon vous, le problème de Lucie est-il relié à la crise d'adolescence ?

- Définitivement pas
- Probablement pas
- Probablement
- Définitivement

4. Selon vous, Lucie peut-elle résoudre son problème seule?

- Définitivement pas
- Probablement pas
- Probablement
- Définitivement

5. Selon vous, Lucie peut-elle résoudre son problème si elle reçoit l'aide appropriée?

- Définitivement pas
- Probablement pas
- Probablement
- Définitivement

6. Selon vous, si Lucie recevait les traitements appropriés... .. pensez-vous qu'elle retournerait vers ses amies?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

7. Selon vous, si Lucie recevait les traitements appropriés... .. pensez-vous qu'elle serait capable d'avoir de l'intérêt et de l'empathie à l'égard des autres ?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

8. Selon vous, si Lucie recevait les traitements appropriés... ..pensez-vous qu'elle pourrait s'investir dans une relation amoureuse ?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

9. Selon vous, si Lucie recevait les traitements appropriés... ..pensez-vous qu'elle pourrait devenir une professionnelle productive ?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

10. Selon vous, si Lucie recevait les traitements appropriés... ..pensez-vous qu'elle pourrait devenir une bonne mère ?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

11. Croyez-vous que par sa maladie, Lucie veuille simplement se sentir supérieure aux autres filles de son école ?

- Très improbable
- Improbable
- Probable
- Très probable

12. Croyez-vous que Lucie soit centrée uniquement sur elle-même ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

13. Croyez-vous que Lucie soit sensible aux torts qu'elle cause à sa famille ?

- Aucunement
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

14. Selon vous, dans quelle mesure la maladie de Lucie lui sert à obtenir de l'attention des autres ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

15. Selon vous, dans quelle mesure Lucie est à blâmer pour son problème ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

16. Si vous étiez un employeur et que vous connaissiez le problème de Lucie, dans quelle mesure seriez-vous intéressé(e) à l'interviewer pour un poste dont elle a la compétence, sachant qu'elle a reçu des traitements appropriés ?

- Pas du tout intéressé(e)
- Un peu intéressé(e)
- Intéressé(e)
- Très intéressé(e)

17. Si Lucie était une collègue de classe et qu'elle présentait ces symptômes anorexiques, seriez-vous tenté(e) de l'inviter à une fête chez vous ?

- Pas du tout tenté(e)
- Un peu tenté(e)
- Tenté(e)
- Très tenté(e)

18. Si vous appreniez que votre chum ou votre blonde a souffert d'anorexie dans le passé, auriez-vous tendance à remettre en question la relation ?

- Pas du tout tenté(e)
- Un peu tenté(e)
- Tenté(e)
- Très tenté(e)

19. Si Lucie faisait partie de votre environnement social, dans quelle mesure seriez-vous irrité(e) par son comportement anorexique ?

- Pas du tout irritant
- Un peu irritant
- Irritant
- Très irritant

20. Dans quelle mesure admirez-vous la capacité de Lucie à contrôler son poids ?

- Aucunement
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

21. Dans quelle mesure enviez-vous la minceur de Lucie ?

- Aucunement
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

Section B | La famille d'une personne qui vit de l'anorexie

La section B contient des questions au sujet de la famille d'une personne qui vit de l'anorexie.

22-23. Spontanément, quels sont les quatre (4) mots qui vous viennent en tête lorsque vous pensez aux parents de Lucie ?

Père de Lucie

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Mère de Lucie

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

24. Pensez-vous que les parents de Lucie soient la cause de l'anorexie de leur fille ?

- Aucunement responsables
- Un peu responsables
- Modérément responsables
- Très responsables

25. Pensez-vous que la MÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie ?

- Aucunement
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

26. Pensez-vous que le PÈRE ait quelque chose à se reprocher face à l'anorexie de Lucie ?

- Aucunement
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

27. Accepteriez-vous d'être ami(e) avec le frère ou la soeur de Lucie ?

- Pas du tout intéressé(e)
- Un peu intéressé(e)
- Intéressé(e)
- Très intéressé(e)

28. Selon vous, dans quelle mesure la famille de Lucie est-elle fonctionnelle ?

- Pas du tout fonctionnelle
- Un peu fonctionnelle
- Fonctionnelle
- Tout à fait fonctionnelle

Section C | Données se rapportant au répondant

Les dernières questions portent sur votre profil.

Elles visent à dresser un portrait des répondants.

Nous vous rappelons que vos réponses sont strictement confidentielles.

C1. Votre sexe :

Féminin

Masculin

C2. Votre âge : _____ ans

C3. Votre domaine d'études :

C4. Quel est votre degré de connaissances sur l'anorexie ?

Je ne connais rien du tout sur le sujet, c'est la première fois que j'en entends parler

J'ai une connaissance vague sur le sujet

Je connais bien le sujet parce que (vous pouvez cocher plus d'une réponse):

J'ai eu un cours sur le sujet dans le cadre de mes études

J'ai suivi une formation en-dehors de mon programme d'étude

J'ai eu à intervenir de façon professionnelle auprès de cette clientèle

J'ai vécu de près la problématique (pour moi-même ou pour un proche)

Autre, précisez : _____

C5. En terminant, avez-vous des choses à ajouter ou des commentaires à formuler ?

Merci beaucoup de votre participation.

Votre opinion nous est précieuse.

Annexe 3 : Courriel envoyé aux professeurs

Titre : Permission de solliciter vos étudiants pour une recherche sur les attitudes et les perceptions d'étudiants à l'égard de l'anorexie

Madame, Monsieur,

Le présent message vise à solliciter votre participation à une étude quantitative intitulée *Manger à contre-courant : Attitudes et perceptions d'étudiants à propos de l'anorexie*. Cette recherche est menée dans le cadre de la maîtrise en service social de Judith Petitpas et est sous la direction de Marie-Christine Saint-Jacques et de Robert Pauzé, de l'École de service social de l'Université Laval. Elle a pour but de connaître les attitudes et les perceptions d'étudiants de l'Université Laval à l'égard des personnes vivant de l'anorexie et de leurs proches.

Plus spécifiquement, cette étude cherche à identifier :

- 1) Quelles sont les attitudes des répondants à l'égard des personnes vivant de l'anorexie?
- 2) Quelles sont les perceptions des répondants à l'égard de la famille des personnes vivant de l'anorexie?
- 3) Ces attitudes et ces perceptions varient-elles en fonction de l'âge, du sexe et du niveau de connaissance?

Votre participation à cette étude implique :

- 1) que l'étudiante chercheuse aille expliquer les détails de l'étude dans votre cours (cours XXX) (maximum 5 minutes);
- 2) que l'étudiante chercheuse, à la suite de sa visite en classe, vous achemine par courriel un lien menant vers le formulaire de consentement et vers le questionnaire, lien que vous rendrez disponible sur le site WebCT du cours;
- 3) qu'en aucun cas, vous ne sachiez qui de vos étudiants a répondu au questionnaire et qui a refusé.

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval no d'approbation 2010-272, le 04-11-2010.

Pour signaler votre acceptation ou si vous avez des questions, vous pouvez communiquer par téléphone ou par courriel avec l'étudiante chercheuse dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous.

Vous remerciant de votre collaboration,

Judith Petitpas
418 657-8836
judith.petitpas.1@ulaval.ca

Annexe 4 : Courriel envoyé aux étudiants

Titre : Recherche l'opinion d'hommes pour une étude sur les attitudes et les perceptions à l'égard de l'anorexie

Cette recherche intitulée *Manger à contre-courant : Attitudes et perceptions d'étudiants à propos de l'anorexie* :

- a pour but de connaître les attitudes et les perceptions d'étudiants à l'égard des personnes vivant de l'anorexie et de leurs proches;
- est réalisée par Judith Petitpas, étudiante chercheuse à la maîtrise en service social de l'Université Laval;
- est dirigée par Marie-Christine Saint-Jacques et Robert Pauzé, de l'École de service social de l'Université Laval.

Votre participation implique :

- que vous soyez un homme;
- que vous soyez âgé de 18 ans et plus;
- que vous soyez étudiant à l'Université Laval;
- de répondre à un questionnaire en ligne d'une durée de 15 minutes traitant des sujets suivants :
 - Vos opinions à l'égard des personnes vivant de l'anorexie
 - Vos opinions à l'égard de la famille des personnes vivant de l'anorexie

Si vous acceptez de participer, vous pouvez cliquer sur le lien suivant, qui vous mènera vers le formulaire de consentement et le questionnaire :

<http://www.surveymonkey.com/s/TQP9MXL>

Si vous désirez obtenir des renseignements additionnels, vous pouvez communiquer avec Judith Petitpas, étudiante chercheuse responsable du projet par téléphone au (418) 657-8836 ou par courriel au judith.petitpas.1@ulaval.ca

Votre contribution est précieuse. Elle ne vous prendra que quelques minutes et aidera à mieux comprendre la réalité des personnes vivant de l'anorexie et de leur famille.
--

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval no d'approbation 2010-272, le 04-11-2010.