

Articulation et contextualisation du processus de transition vers l'alimentation intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes

Elyse Durocher

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de
Doctorat en santé des populations

École interdisciplinaire des sciences de la santé
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Elyse Durocher, Ottawa, Canada, 2023

TABLE DES MATIERES

Résumé	VII
Summary.....	VIII
Préface.....	IX
Introduction	1
Contributions au champ de la santé des populations	10
Recension des écrits.....	13
Perception négative du corps gros.....	13
Nouveaux paradigmes et nouveaux discours	18
Émergence d'un champ de recherche sur la construction sociale du corps gros.....	18
Paradigme d'intervention non centré sur le poids.....	19
Critiques à l'égard de la promotion de la santé non centrées sur le poids.....	21
Concepts à l'étude	22
Alimentation intuitive.....	23
Acceptation corporelle et flexibilité face à l'image corporelle	26
Trajectoires de changement	29
Choix d'une approche de perte de poids	29
Perceptions de l'alimentation intuitive	31
Écoute des signaux de faim et de satiété	31
Interactions sociales	32
Influences interpersonnelles	33
Intégration des principes.....	34
Soutien professionnel et soutien des pairs	35
Remise en question des pratiques restrictives	36
Acceptation corporelle	38
Résumé de la recension des écrits	43
Perspective épistémologique	45
Méthodologie.....	48
Devis qualitatif.....	48
Théorisation ancrée.....	49
Échantillonnage et recrutement.....	50
Collecte de données	51
Analyse des données	52
Critères de rigueur.....	54
Descriptions riches et denses.....	54
Recherche de cas divergents ou de preuves invalidantes	55
Réunions-bilan (debriefing).....	55
Éthique.....	56
Résultats - Trajectoire des approches restrictives vers des approches plus intuitives.....	57
1. Problématisation de sa corpulence.....	60
1.1 Problème identifié par les autres.....	60

1.1.1	Commentaires au sujet du poids	61
1.1.2	Traitement différentiel en raison du poids	67
1.1.3	Médicalisation du poids	69
1.2	Problème constaté en se comparant aux autres	71
1.3	Internalisation du problème de poids.....	77
1.4	Évolution de la préoccupation pour le poids	80
2.	Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes	87
2.1	Dynamiques familiales	88
2.1.1	Défis par rapport à l'alimentation non liés à la gestion du poids	89
2.1.2	Préoccupations pour la gestion du poids dans la famille	92
2.2	Tabous au sujet du poids et des pratiques amaigrissantes	98
2.3	Stratégies de perte de poids	101
2.3.1	Diètes spécifiques et restrictions diverses.....	101
2.3.2	Médication, comportements compensatoires et chirurgies	106
2.3.3	Activité physique	107
2.3.4	Soutien d'un professionnel, d'un coach ou des proches	113
2.4	Cycle des diètes	119
3.	Redéfinition du problème et de ses solutions.....	130
3.1	Rejet de certaines pratiques restrictives	131
3.2	Découverte d'autres approches.....	138
3.2.1	Libéraliser les choix alimentaires	144
3.2.2	Écoute des signaux de faim et de satiété.....	146
3.2.3	Prioriser le plaisir de manger et de faire de l'activité physique	147
3.3	Démarche psychologique.....	149
4.	Négociation d'un espace de liberté.....	153
4.1	Se raisonner.....	154
4.2	Éviter	158
4.3	S'affirmer.....	161
4.3.1	Contribuer au changement social	165
4.4	S'entourer	167
	Modélisation	173
	Résumé des résultats	174
	Discussion.....	176
	Retour sur les trajectoires	176
	Évolution des pratiques réflexives au cours de la trajectoire des participantes	176
	« Problématisation du poids » et « Normalisation des pratiques de perte de poids et cycle des diètes ».....	178
	« Redéfinition du problème et de ses solutions »	179
	« Négociation d'un espace de liberté »	182
	Déterminants sociaux liés à la trajectoire	185
	Sexe et genre	185
	Statut socioéconomique.....	187
	Ambivalence et ambiguïté.....	191
	Responsabilité individuelle.....	191
	Habitudes de vie	194
	Rapport au corps	197
	Médicalisation du statut pondéral	201
	Implications pratiques.....	205

Favoriser la pleine conscience et l'acceptation.....	205
Sensibilisation des professionnels, des experts en santé et des créateurs de contenu	209
Adopter des approches populationnelles	211
Diversifier les représentations de l'obésité dans les médias et la culture populaire	213
Créer des espaces pour vivre et explorer l'ambivalence et l'ambiguïté	216
Implications pour la recherche	219
Forces et limites de l'étude	221
<i>Conclusion</i>	223
<i>Bibliographie</i>	224
<i>Annexes</i>	264
Annexe A – Formulaire d'information et de consentement	264
Annexe B – Affiche de recrutement	268
Annexe C – Guide d'entretien semi-structuré.....	271
Annexe D – Formulaire sociodémographique.....	275
Annexe D – Approbation éthique	277

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des participantes et de leur trajectoire de vie 57

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schématisation de la trajectoire des personnes rejetant la mentalité des diètes	59
Figure 2: Catégorie #1 Problématisation	60
Figure 3: Catégorie #2 Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes	88
Figure 4: Catégorie #3 Redéfinition du problème et de ses solutions	131
Figure 5: Catégorie #4 Négociation d'un espace de liberté	154
Figure 6: Modélisation des catégories principales	173

RESUME

Plusieurs professionnels de la santé dénoncent les diètes amaigrissantes et proposent des approches moins axées sur le poids. Ce projet de thèse porte sur le processus par lequel les personnes ayant suivi plusieurs diètes amaigrissantes abandonnent le principe des restrictions alimentaires pour adopter une alimentation plus intuitive et tendre vers l'acceptation corporelle. À travers une approche qualitative fondée sur la théorisation ancrée, ce projet propose un schème explicatif de la trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers une alimentation plus intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes. Cette trajectoire est constituée de plusieurs processus qui ont été analysés à l'aide de quatre grandes catégories : (1) Problématisation de sa corpulence, (2) Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes, (3) Redéfinition du problème et de ses solutions et, (4) Négociation d'un espace de liberté. Ces processus ne constituent pas des étapes avec un début et une fin clairement délimités. Toute cette trajectoire est orientée vers la catégorie centrale qui est la négociation d'un espace de liberté. La négociation d'un espace de liberté semble avoir été le but des personnes participantes tout au long de leur trajectoire : elles cherchent à être libérées de la pression de perdre du poids soit en perdant du poids, soit en s'acceptant et en étant acceptée par autrui. La normalisation du culte de la minceur et de la culture des diètes s'effectue dès un très jeune âge. La remise en question de ces normes est, en revanche, un processus long et complexe qui ne serait jamais complètement achevé. Plus d'outils sont donc nécessaires pour permettre aux personnes obèses de mieux exercer leur agentivité en lien avec leur rapport au corps et à l'alimentation.

SUMMARY

Many health professionals are critical of weight loss diets and suggest non-weight-centered approaches. This thesis project examines the process by which people who have been on multiple weight loss diets abandon the principle of dietary restriction in order to adopt a more intuitive eating pattern and lean towards body acceptance. Through a qualitative approach based on grounded theory, this project proposes an explanatory schema of the trajectory of practices, decisions and representations related to body weight, including the transition, completed or not, towards a more intuitive eating pattern in people who have followed several weight-loss diets. This trajectory is composed of several processes that were analyzed using four main categories: (1) Problematization of one's fatness, (2) Normalization of restrictive practices and dieting cycle, (3) Redefinition of the problem and its solutions, and (4) Negotiation of a space of freedom. These processes do not constitute stages with a clearly delineated beginning and end. The whole trajectory is oriented towards the central category, which is the negotiation of a space of freedom. Negotiating a space of freedom seems to have been the goal of the participants throughout their trajectory: they seek freedom from the pressure to lose weight either by losing weight or by accepting themselves and being accepted by others. The normalization of the cult of thinness and the diet culture is carried out from a very young age. Challenging these norms is, on the other hand, a long and complex process that would never be completely finished. More tools are therefore needed to enable obese people to better exercise their agency in relation to their body and food.

PREFACE

Je tiens d'abord à remercier les personnes qui ont participé à cette étude, de même que tous les usagers et usagères du CSSS Lucille-Teasdale qui m'ont ouvert les yeux lorsque j'étais nutritionniste clinicienne. Leurs témoignages m'ont été précieux.

Je remercie chaleureusement mes superviseurs de thèse, Amélie Perron et Dave Holmes, pour leur bienveillance, leur pertinence et leur enthousiasme. Un merci spécial à Alex Dumas et Stéphanie Gaudet pour leurs commentaires au sujet de mon protocole de recherche. Merci à vous quatre d'avoir partagé avec moi votre passion pour les sciences sociales et les méthodes qualitatives. Vous côtoyer a été déterminant dans la poursuite de mes études doctorales. Merci également aux membres de mon comité, Véronique Provencher, Lise Dubois et Denis Prud'homme pour leur rétroaction et leurs encouragements. Finalement, merci à Stéphanie Breau-Godwin pour son soutien efficace et empathique tout au long de mon parcours doctoral.

Merci à tous les thésards et thésardes que j'ai rencontrés dans mon parcours et qui m'ont aidé émotionnellement ou intellectuellement au fil des années et des défis ainsi qu'à mes proches.

Pour compléter ce projet de thèse, j'ai pu compter sur les bourses de l'Université d'Ottawa, les bourses d'études supérieures de l'Ontario et les bourses doctorales du fonds de recherche du Québec en santé

INTRODUCTION

Les maladies chroniques associées au surplus de masse adipeuse sont identifiées comme des cibles de santé publique prioritaires par les organismes de santé publique nationaux et internationaux^{1,2}. Par ailleurs, plusieurs chercheurs estiment que la prévention des problèmes liés au poids devrait aborder l'ensemble de ces problèmes incluant les troubles de l'image corporelle et du comportement alimentaire³⁻⁹. L'obésité et les normes excessives de minceur sont souvent présentées comme des enjeux distincts en santé publique. Le plan d'action gouvernemental 2006-2012 (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids du gouvernement du Québec a innové en recommandant la prévention concomitante des problèmes de santé publique reliés au poids, soit l'excès de poids et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Le PAG 2006-2012 recommandait aussi la poursuite des recherches au sujet de l'influence des déterminants sociaux, économiques et culturels sur l'adoption de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids¹⁰. Dans la continuité du PAG, le programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) du Québec indiquait que les interventions de promotion de la saine alimentation devraient prôner l'arrêt du recours aux diètes amaigrissantes, l'acceptation de soi et l'adoption de saines habitudes de vie sans égard à la perte de poids¹¹. Des associations entre la pauvreté, l'obésité et les maladies chroniques sont déjà bien documentées^{12,13}, mais peu d'études se sont intéressées aux contextes dans lesquels les personnes socioéconomiquement vulnérables adoptent des stratégies de contrôle du poids. Pourtant, les inégalités sociales de santé sont encore plus marquées chez les personnes obèses¹². En plus des conséquences physiopathologiques du surplus de masse adipeuse, les personnes en situation d'embonpoint et d'obésité sont également plus à risque de souffrir de problèmes liés à l'image

corporelle, d'éprouver de l'anxiété face à leur alimentation et d'adopter des comportements alimentaires potentiellement dangereux^{14,15}. Elles représentent donc un groupe particulièrement vulnérable aux problèmes physiques, psychologiques et sociaux associés au poids.

Plusieurs études cliniques et épidémiologiques ont remis en question les pratiques alimentaires restrictives comme méthodes de perte de poids et d'amélioration du profil cardio-métabolique¹⁶⁻¹⁸. Les pratiques alimentaires restrictives sont définies comme un effort cognitif intentionnel de restreindre son apport énergétique pour contrôler son poids¹⁹⁻²¹. Cette forme de restriction semble toutefois prédisposer à une reprise de masse adipeuse (souvent supérieure à celle perdue) en plus d'être associée à différents troubles alimentaires et à une détérioration du bien-être psychologique^{16-18,22,23}. Conséquemment, plusieurs nutritionnistes interviennent plutôt avec une approche de promotion des saines habitudes de vie qui a comme objectif ultime non pas la perte de poids, mais le bien-être général²⁴. L'approche non centrée sur le poids est appelée le nouveau paradigme sur le poids dans les documents provinciaux québécois et elle a notamment été popularisée en anglais, à l'international, sous l'appellation *Health at Every Size^{MD}* (HAES^{MD}), une marque déposée de l'*Association for Size Diversity and Health* basée aux États-Unis.

L'approche non centrée sur le poids mise sur une alimentation plus intuitive, le rejet de la logique restrictive des diètes amaigrissantes et l'acceptation corporelle^{8,10,11}. L'acceptation corporelle se caractérise par une attitude de compassion envers soi et s'oppose ainsi aux jugements normatifs selon lesquels il y aurait quelque chose de fondamentalement malsain chez les personnes en situation d'embonpoint ou d'obésité qui nécessite le recours à la privation ou à la punition²⁵. L'acceptation corporelle est un processus qui peut prendre du temps et peut coexister avec une

ambivalence ou des sentiments contradictoires à l'égard de son poids²⁵. S'alimenter de manière intuitive signifie s'alimenter selon les signaux physiologiques de faim et de satiété plutôt qu'en réponse à des stimuli externes ou émotionnels²⁶. Un nombre grandissant de livres, de programmes et de contenu web créés à l'intention du grand public par des professionnels de la santé proposent un enseignement de la saine alimentation selon l'écoute des signaux de faim et de satiété²⁷⁻³⁰. Plusieurs études soutiennent en effet que les approches dites intuitives ou non restrictives favorisent un maintien du statut pondéral à long terme, une alimentation de meilleure qualité, une plus faible incidence de comportements alimentaires à risque et un plus grand bien-être psychologique. Ces résultats sont toutefois irréguliers, certaines études ne montrent pas de différences significatives entre les groupes recevant l'intervention et les groupes contrôles^{8,31-34}.

Malgré l'émergence de données probantes sur les bénéfices des interventions basées sur le paradigme non centré sur le poids et l'enthousiasme que suscite notamment l'alimentation intuitive chez les professionnels de la santé²⁷⁻³⁰, peu d'études ont documenté les besoins et les préoccupations des personnes ainsi que les contextes sociaux facilitant ou entravant la transition vers l'alimentation intuitive et l'acceptation corporelle. Certaines études suggèrent que les restrictions alimentaires mènent à une plus grande vulnérabilité face à la suralimentation et que les cycles de restrictions et de regain du poids ont des conséquences néfastes sur les plans physiologique et psychologique^{22,35}. Les personnes ayant suivi plusieurs diètes amaigrissantes sont particulièrement sujettes au gain de poids (effet yoyo ou *weight cycling*) et à la détérioration de leur bien-être psychologique^{36,37}. Elles représentent donc un public qui pourrait particulièrement bénéficier des avantages d'une transition vers une alimentation plus intuitive et une plus grande

acceptation corporelle. Les conditions et les stratégies d'intervention les plus efficaces à cet égard méritent toutefois d'être étudiées en profondeur.

Alors que les pratiques alimentaires restrictives sont associées à une grande préoccupation à l'égard du poids et qu'elles sont généralement adoptées dans le but de modifier son poids et sa silhouette pour améliorer son apparence, l'alimentation intuitive est positivement associée à l'appréciation et à la satisfaction à l'égard de son corps, à l'estime de soi, à l'acceptation perçue de son poids et de son corps par les autres et négativement associée à la pression pour la minceur et à l'internalisation de l'idéal de minceur³⁸⁻⁴⁰. Les motivations, la perception de soi et la perception des normes sociales liées au poids et à l'apparence physique semblent donc différer entre les personnes qui ont une alimentation intuitive et celles qui adoptent des pratiques plus restrictives³⁸⁻⁴⁰. Cela indique qu'il peut être pertinent de considérer non seulement les pratiques, mais aussi les conceptions sociales et identitaires qui y sont rattachées.

Les femmes ayant un statut socioéconomique plus élevé ou vivant dans un quartier plus favorisé tendent à rapporter plus d'insatisfaction corporelle, de préoccupations pour le poids et de comportements restrictifs⁴¹⁻⁴⁴. Les hommes et les femmes de toutes les classes sociales sont cependant susceptibles d'éprouver de l'insatisfaction à l'égard de leur poids, de se préoccuper excessivement de leur poids ou d'adopter des comportements restrictifs. La flexibilité à l'égard des normes de poids, variable selon les groupes sociaux, pourrait influencer la possibilité d'adopter des pratiques intuitives et d'accepter son corps tel qu'il est.

Plusieurs normes sociales vont à l'encontre de l'acceptation corporelle⁴⁵⁻⁴⁷. La stigmatisation liée au poids est normalisée et la discrimination à l'égard des personnes en surpoids est socialement acceptée et banalisée dans plusieurs sociétés⁴⁸. L'acceptabilité de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard du poids est probablement tributaire du fait que l'on attribue le surplus de poids à la responsabilité individuelle^{46,49}. La discrimination liée au poids a lieu dans le milieu de l'emploi, dans le service à la clientèle, dans le système de santé, dans les médias, dans les familles et dans les relations romantiques^{48,50-52}.

Plusieurs chercheurs estiment que la stigmatisation de l'obésité devrait être considérée comme un problème de santé publique en soi^{8,48,50,53}. Cette stigmatisation semble favoriser des habitudes alimentaires moins favorables à la santé, une détérioration de la santé mentale et physique et un gain de poids à long terme^{50,54-57}. Le fait d'être stigmatisé active des réponses de stress qui stimulent la faim et l'envie de consommer des aliments denses en énergie^{57,58}. De plus, la peur de faire l'objet d'un stéréotype négatif est associée à une plus faible inhibition alimentaire et à la consommation d'aliments plus denses en énergie⁵⁹. Plusieurs études expérimentales montrent que l'exposition à des propos stigmatisants au sujet du surpoids mène les participants en surpoids ou se considérant en surpoids à accroître leur apport énergétique^{60,61}. La discrimination liée au poids semble aussi mener à plus d'épisodes d'hyperphagie⁶².

En plus d'influencer le comportement alimentaire, le stigmate lié au surpoids peut avoir d'autres répercussions sur des comportements liés à la santé. Il peut affecter le sentiment de confiance des personnes obèses envers le système de santé⁶³. Les personnes obèses sont plus susceptibles de reporter l'utilisation des services préventifs de santé par peur d'être pesées, de faire face à des

jugements négatifs ou de recevoir des conseils non sollicités au sujet de leur poids^{64,65}. Plusieurs études ont documenté les biais liés au poids dans les professions médicales⁶⁶⁻⁶⁸. Les étudiants en médecine perçoivent les personnes obèses comme moins intelligentes et moins susceptibles de suivre les recommandations relatives aux saines habitudes de vie⁶⁹. Les professionnels de la santé spécialisés dans le traitement de l'obésité présentent aussi des biais implicites à l'égard des personnes grosses, associant les personnes grosses à la paresse notamment⁶⁷. De plus, la peur du stigmatisme peut mener à l'évitement de certaines activités notamment la pratique d'activité physique en public⁷⁰. Le poids peut aussi mener à une plus grande anticipation du rejet et potentiellement rendre la formation de liens sociaux plus difficile^{50,71}. Ce stigmatisme pourrait donc constituer une difficulté supplémentaire aux pratiques alimentaires intuitives et à l'acceptation corporelle, entraînant une plus grande susceptibilité à manger en réponse à ses émotions, de plus fortes sensations de faim liées au stress, plus d'interactions sociales négatives, ou l'appréhension de celles-ci, en plus de constituer un obstacle à la pratique d'activité physique.

Si les problèmes d'image corporelle sont rapportés en plus forte proportion par les femmes socioéconomiquement favorisées, la stigmatisation et la discrimination pourraient cependant être plus problématiques chez les femmes socioéconomiquement défavorisées. L'obésité, chez les femmes particulièrement, semble constituer un facteur limitant la mobilité sociale. Les études longitudinales montrent d'ailleurs que le statut socioéconomique est négativement associé à l'incidence de l'obésité alors que l'obésité au début de l'âge adulte est associée à plus de désavantages socioéconomiques au cours de la vie⁷². La perception sociale de l'obésité pourrait donc contribuer à marginaliser davantage les personnes déjà défavorisées en raison de leur statut socioéconomique que ces personnes internalisent ou non les normes liées à la minceur. Dans une

étude qualitative menée au Canada en 2016, les femmes ayant un statut socioéconomique défavorisé rapportaient des expériences stigmatisantes plus fréquentes et des remarques désobligeantes liées au poids plus directes que les femmes ayant un statut socioéconomique plus favorisé⁷³. Elles décrivaient aussi une attitude plus paternaliste de la part de leur médecin ⁷³. Les femmes socioéconomiquement plus favorisées rapportaient pour leur part disposer de plus de stratégies pour contrôler leur apparence. Par exemple, leur style vestimentaire, expliquent-elles, leur permettrait de montrer que ce sont des personnes qui font attention à elles⁷³. En résumé, bien que la minceur puisse être valorisée à plus forte raison dans certains milieux, les femmes obèses de milieux socioéconomiques défavorisés peuvent faire face à plus de discrimination et disposeraient de moins de moyens pour gérer ce stigmaté.

Les études sur les comportements alimentaires intuitifs ou non restrictifs portent principalement sur des femmes de statut socioéconomique favorisé^{74,75}. Aucune étude, à notre connaissance, ne traite de l'influence du statut socioéconomique sur ces comportements bien que le stress chronique et les conditions d'existence associés au statut socioéconomique pourraient modifier l'applicabilité de cette approche alimentaire. Selon une enquête québécoise réalisée en 2008, les femmes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires rapportent en moins grande proportion essayer de perdre du poids au moment de l'étude, mais elles sont plus nombreuses à rapporter avoir fait au moins quatre tentatives de perte de poids au cours des six mois précédant l'enquête⁷⁶. Cela pourrait donc signifier qu'elles utilisent des stratégies à court terme pour perdre du poids. Tout comme les hommes sans diplôme d'études secondaires, elles sont également plus nombreuses à utiliser des méthodes de perte de poids potentiellement dangereuses telles que sauter des repas ou jeûner pendant une journée entière⁷⁶. Cette enquête révèle aussi que la décision de suivre une diète ou un

programme d'amaigrissement commercial n'est pas associée avec le niveau de scolarité ou le revenu des ménages⁷⁶. Les hommes forment une population souvent négligée dans les études sur les pratiques alimentaires relatives à la gestion du poids³¹. Bien qu'ils soient proportionnellement moins nombreux que les femmes à faire des diètes amaigrissantes, ce comportement est aussi associé à des attitudes troublées par rapport à l'alimentation et à une distorsion de l'image corporelle chez les hommes⁷⁷. Il semble donc important de documenter la trajectoire de leurs perspectives et de leurs pratiques liées à l'alimentation et à la gestion du poids.

Dans un contexte où le poids est un motif de stigmatisation et de discrimination^{48,55}, où les discours de santé publique insistent sur les effets délétères du surplus de poids⁵³ et où l'industrie des produits, moyens et services amaigrissants favorisent la perception populaire que la perte pondérale est facile et saine⁷⁸, remettre en question le principe des diètes amaigrissantes, cesser d'adopter des pratiques alimentaires restrictives et adopter une perception positive de son corps est un processus complexe et dynamique. Ce processus implique une certaine reconstruction identitaire^{79,80}, la mobilisation de différents types de savoirs (explicites et tacites)⁸⁰ et une renégociation des aspirations personnelles^{79,80}.

Pour comprendre le processus par lequel les gens changent leurs pratiques liées au contrôle du poids et à l'alimentation, il importe de comprendre les circonstances de ce changement, le processus conscient de délibérations internes de l'individu et l'expression de son agentivité, c'est-à-dire de sa capacité d'agir. Selon la sociologue Margaret Archer, la réflexivité, qu'elle appelle aussi délibérations réflexives, s'opère sous la forme de conversations internes et agit comme médiateur entre les structures et l'agent⁸¹. Les délibérations internes ou réflexives telles que les

définit Margaret Archer représentent l'habileté d'une personne à se positionner par rapport à ses circonstances, à ses comportements, à ses valeurs et à ses aspirations^{81,82}. Plusieurs sociologues sont d'avis qu'il y a une dimension préreflexive aux dispositions d'une personne qui découle de son contexte social et que ce sont ces dispositions qui rendent possible la pensée réflexive^{83,84}. Selon cette perspective, les délibérations réflexives ne déterminent donc pas les dispositions à l'action, mais peuvent modifier ou réitérer les dispositions d'une personne à la suite d'expériences vécues dans des circonstances sociales données⁸⁵. Les délibérations réflexives peuvent donc exercer une influence causale sur les actions d'une personne, mais les personnes peuvent aussi agir selon des considérations qui échappent à leur conscience.

L'expérience vécue de la poursuite d'un objectif de perte de poids et le processus d'abandon de celui-ci ont été peu théorisés. Dans le cadre des travaux de cette thèse, une approche qualitative fondée sur la théorisation ancrée a été choisie afin d'aborder la diversité des perspectives et des trajectoires des personnes ayant suivi plusieurs diètes amaigrissantes. Cette démarche s'inscrit dans une perspective réaliste critique afin de rendre compte des tensions entre les structures physiques et sociales et l'agentivité, ainsi que de l'influence des contraintes matérielles et des constructions discursives dans ce processus.

Cette recherche tente donc de répondre à la question suivante : comment s'articule et se contextualise la trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers l'alimentation intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes ? Afin de répondre à cette question et de proposer un cadre conceptuel représentant le processus de transition de l'alimentation basée sur des pratiques

restrictives vers une alimentation plus intuitive et l'acceptation corporelle, trois sous-questions ont guidé la recherche :

- Comment les structures physiques et sociales, notamment les contraintes matérielles et les constructions discursives liées au sexe, au genre, à l'âge et au statut socioéconomique affectent-elles la situation des personnes en tant que contraintes ou facilitateurs au cours de cette trajectoire ?
- Quels sont les processus de délibérations réflexives en lien avec les comportements, les discours, les valeurs, les aspirations et les processus de reconstruction identitaire qui s'opèrent lors de cette trajectoire ?
- Comment les personnes expriment-elles de l'agentivité à travers cette trajectoire ?

Contributions au champ de la santé des populations

Le faible succès des programmes visant la perte de poids ou l'amélioration des habitudes de vie pourrait être attribuable au fait que les chercheurs ont accordé relativement peu d'attention aux conditions d'existence et à l'expérience vécue lors de telles démarches⁸⁶. Le choix d'une approche qualitative ancrée en sciences sociales pourrait mener à une meilleure compréhension de l'applicabilité des pratiques alimentaires selon les conditions de vie et ainsi contribuer à mieux arrimer les interventions et à développer des politiques et des programmes de santé publique mieux adaptés aux besoins et au vécu des groupes visés.

En promotion de la santé, les changements de comportements sont souvent décrits comme étant le résultat d'un processus d'autorégulation individuelle indépendant des influences systémiques du contexte socioculturel et des significations sociales des comportements⁸⁷. La recherche

scientifique sur l'obésité est principalement constituée d'études fondamentales, cliniques et épidémiologiques quantitatives. De nombreux auteurs critiquent le manque de considération accordée aux déterminants sociaux de la santé en promotion de la santé⁸⁷⁻⁸⁹. Les notions de classes sociales et de genre, lorsqu'elles sont considérées, sont souvent conceptualisées comme des facteurs de risque⁹⁰. Ces auteurs estiment nécessaire d'intégrer différentes formes de subjectivités dans les discours sur la santé et de considérer la complexité des trajectoires individuelles et l'intersection entre les classes sociales, la culture et les discours de santé⁹⁰. Afin de pallier cette lacune, certains auteurs proposent d'étudier davantage les représentations sociales liées aux pratiques de santé et le contexte dans lequel les pratiques et les représentations sont reproduites ou transformées.

Peu d'auteurs ont étudié les problèmes liés au poids dans une perspective explicitement réaliste critique⁴⁶. Certains auteurs jugent pertinent d'étudier la gestion du stigmate sous l'angle d'un microprocessus qui affecte l'identité, mais ils expriment aussi des réserves face à l'étude de la culture sans sa dimension matérielle^{91,92}. Ils argumentent en faveur d'une plus grande considération des structures sociales dans la recherche sur le stigmate dans le domaine de la santé afin de ne pas réduire ce phénomène à une « tragédie personnelle »^{46,91-93}. Ces auteurs estiment que le paradigme réaliste critique est pertinent pour interroger l'influence des structures sociales sur les événements observables qui affectent les trajectoires personnelles⁹³.

La recherche en santé des populations est souvent critiquée pour ne pas contenir suffisamment de propositions théoriques⁹⁴⁻⁹⁶. Les théories de niveau intermédiaire sont pourtant essentielles pour comprendre quelles modifications ou quelles interventions peuvent être apportées, quand et par

qui, afin d'améliorer la santé des populations^{94,95,97}. Bien que l'épidémiologie sociale puisse indiquer et quantifier les associations entre le contexte socioéconomique et la santé, sans cadre théorique, cette approche empirique ne permet pas de comprendre comment les personnes et les groupes définissent leurs ressources, leurs problèmes et les solutions envisageables⁹⁴⁻⁹⁶. La théorisation ancrée permet de générer une théorie à propos d'un processus social tel que la transition d'une alimentation restrictive vers une alimentation basée sur l'écoute des signaux de faim et de satiété et l'acceptation de soi.

L'approche non centrée sur le poids et l'alimentation intuitive semblent cohérentes avec les programmes de santé publique au Québec et les recommandations de plusieurs nutritionnistes. L'expérience vécue d'une telle transition demeure toutefois peu documentée dans les écrits scientifiques. Une meilleure compréhension de la trajectoire individuelle en fonction du contexte socioéconomique, du sexe et du genre permettrait d'optimiser et d'adapter les interventions afin de réduire les inégalités sociales de santé. En l'absence de telles connaissances, les interventions de promotion de la santé risquent de ne pas parvenir à réduire les inégalités de santé et pourraient même les accroître.

RECENSION DES ECRITS

Le chapitre suivant sera divisé en quatre sections. Pour mettre la problématique en contexte, la première section décrira la perception sociale négative du corps gros. Deuxièmement, la production de discours divergents au sujet du poids sera ensuite discutée. Troisièmement, les concepts de l'alimentation intuitive et de l'acceptation corporelle seront définis. Finalement, les résultats des études empiriques sur l'expérience vécue en lien avec l'alimentation intuitive et l'acceptation de soi seront présentés.

PERCEPTION NEGATIVE DU CORPS GROS

Selon Statistiques Canada, parmi les Québécois d'âge adulte, 53 % des femmes et 66 % des hommes étaient en situation d'embonpoint ou d'obésité en 2015⁹⁸. Selon un sondage réalisé en 2008 par la firme de recherche Ipsos Reid, 73 % des femmes québécoises souhaitaient perdre du poids, 37 % étaient anxieuses en pensant à leur poids et 22 % affirmaient que la gestion du poids dominait leur vie⁹⁹. Ce sondage indique que près du tiers (30 %) des filles de 9 ans auraient déjà tenté de perdre du poids⁹⁹ ce qui indique que la préoccupation pour le poids se manifeste dès l'enfance chez plusieurs personnes. Selon une enquête québécoise datant de 2008, 19 % des Québécois ont tenté de perdre du poids dans la période de six mois précédant l'enquête et 17 % ont tenté de le maintenir⁷⁶.

Cette préoccupation pour le contrôle du poids n'est pas récente. Plusieurs auteurs de différentes disciplines ont décrit la longue histoire socioculturelle des normes corporelles condamnant le surpoids¹⁰⁰⁻¹⁰⁶. Selon l'historien Georges Vigarello, vers les années 1920, la perte de poids en

Europe est devenue un impératif pour la personne en surpoids¹⁰⁰. C'est au même moment qu'est apparue une littérature sur l'importance de travailler sur soi pour réussir dans la vie et que le surpoids a commencé à être perçu et décrit comme un manque de travail sur soi. Vigarello indique que : « la défaillance [représentée par le corps gros] porte du coup sur une insuffisance obscure : absence de maîtrise, fêlure d'un pouvoir sur soi. Alors que l'amaigrissement s'imposerait en signe de conduite *adaptée*. »¹⁰⁰ (p.275). Selon cet historien, la perception de l'obésité comme une maladie épidémique et un fardeau social aurait contribué à consolider la croyance selon laquelle l'obésité est le résultat d'un manque de volonté¹⁰⁰. Une transition s'est opérée au cours du 20^e siècle, si l'obésité était autrefois décrite comme un *mal privé*, elle est devenue un *problème social*¹⁰⁰. Le traitement du surpoids semble banal et accessible dans les discours alors que la science offre peu de propositions convaincantes pour favoriser l'amaigrissement¹⁰⁰. Le corps occupe une place de plus en plus importante dans l'identité sociale et les personnes deviennent donc, malgré elles, identifiées par leur silhouette¹⁰⁰. Aujourd'hui, mincir serait vu comme une réalisation, un succès face à cette épreuve sociale qu'est le surpoids¹⁰⁰.

Encore aujourd'hui, la stigmatisation liée au poids est normalisée et la discrimination à l'égard des personnes en surpoids est socialement acceptée et banalisée⁴⁸. La discrimination à l'égard des personnes en surpoids existe indépendamment de l'attitude d'une personne par rapport à son poids. Elle peut survenir dans divers domaines, tels que l'éducation, l'emploi et la santé^{48,55}. De plus, la stigmatisation liée au poids est susceptible d'affecter les relations interpersonnelles tout au long de la trajectoire de vie. Le jugement négatif par rapport aux personnes en surpoids débute dès l'enfance⁵⁵. L'image corporelle positive ou la perception positive d'une personne par rapport à son propre corps ne protège donc pas complètement une personne contre les répercussions

psychosociales de l'obésité liées à la stigmatisation et à la discrimination. Il n'est donc pas surprenant que selon le sondage réalisé par Ipsos Reid en 2008, 83 % des Québécoises considéraient l'estime de soi comme principale motivation à perdre du poids⁹⁹.

Les personnes en surpoids sont perçues comme responsables de leur condition¹⁰⁷. Les médias, que ce soit à travers les nouvelles ou le divertissement transmettent le message que les causes et les solutions à l'obésité sont individuelles¹⁰⁸⁻¹¹⁰. Les interventions de santé publique pourraient également influencer la perception sociale de l'obésité⁶³. Les discours qui mettent l'accent sur la responsabilité individuelle de l'obésité renforcent les stéréotypes négatifs à l'endroit des personnes obèses et rendent plus socialement acceptable la stigmatisation de l'obésité¹¹¹⁻¹¹³.

La stigmatisation liée au poids est de plus en plus décrite comme un problème de santé publique en soi, mais plusieurs chercheurs et intervenants ne tiennent pas ou peu compte de cette réalité⁶³. Selon ceux-ci, les gens doivent comprendre qu'un surpoids constitue un danger pour la santé et que l'individu doit entreprendre des actions pour le contrôler¹¹⁴⁻¹¹⁶. En santé publique, la peur est souvent utilisée pour favoriser des changements d'habitudes de vie. Le modèle des croyances en santé et la théorie du changement de comportement planifié stipulent que les personnes doivent se sentir à risque pour réussir à changer ou à adopter un comportement lié à la santé. Ces théories sont fortement critiquées en santé des populations car elles ne tiennent pas compte des classes sociales et sont donc peu susceptibles de pouvoir réduire les inégalités sociales de santé^{117,118}. Ces approches pourraient avoir des effets délétères en contribuant à « blâmer les victimes »^{63,118}. Plusieurs programmes et campagnes de santé publique contribuent donc à maintenir la croyance

populaire selon laquelle le poids est une caractéristique que l'individu peut contrôler s'il prend les moyens pour le faire⁶³.

Certains spécialistes pensent que l'obésité devrait être considérée comme une maladie chronique¹¹⁹. Ils estiment que cela favoriserait la reconnaissance de la complexité des causes de l'obésité et la compréhension par le grand public que cette condition n'est pas facilement réversible¹¹⁹. Ils estiment que plus de ressources devraient être investies pour favoriser un contrôle optimal du poids et que le statut de maladie chronique permettrait d'accorder plus d'importance à la prévention et au traitement de l'obésité¹¹⁹. Ils misent sur des interventions cliniques visant à contrôler le poids comme les changements d'habitudes de vie, la pharmacologie et la chirurgie¹¹⁹. Des voix s'élèvent également pour mettre davantage l'accent sur les causes environnementales de l'obésité¹²⁰. Ces discours présentent toutefois encore le poids corporel comme le nœud du problème¹²¹.

Les problèmes d'image corporelle sont considérés comme des problèmes de santé, mais les discours actuels sur l'obésité ne sont pas systématiquement remis en question^{63,121}. Il semble y avoir un consensus à percevoir la minceur extrême comme un problème de santé, mais reconnaître que le discours populaire négatif sur le corps gros est un problème de santé publique est moins consensuel. Le fait de condamner la minceur extrême ne change pas les perceptions négatives de la grosseur. Dans le domaine de la santé publique, la stigmatisation de l'obésité est décriée par certains chercheurs et intervenants alors qu'elle est passablement ignorée par d'autres. Les discours de santé publique dominants continuent de réclamer des interventions qui ciblent ce problème présenté comme étant épidémique. Deux mouvements revendiquent pour leur part des

changements en profondeur des discours sur l'obésité, des stratégies d'intervention et des représentations sociales de l'obésité. Si certains chercheurs recommandent de médicaliser davantage le discours sur l'obésité, ces mouvements favorisent plutôt l'inverse, c'est-à-dire accorder moins d'importance au poids en tant que problème, mais favoriser le bien-être pour tous. Selon eux, le poids n'est pas une finalité.

Ces nouveaux discours se retrouvent à la fois dans le domaine des sciences sociales et dans le domaine clinique. Dans le domaine des sciences sociales, certaines personnes critiquent le discours sur l'obésité en remettant en question l'interprétation des données probantes généralement véhiculée et en soulevant des enjeux de justice sociale peu considérés. Elles revendiquent une interprétation plus nuancée et une reconnaissance de l'incertitude des données scientifiques, une représentation plus diversifiée et positive des personnes grasses ainsi qu'une protection de leurs droits^{53,121}. Dans le domaine clinique, certaines personnes critiquent plus précisément les interventions sur les changements d'habitudes de vie visant la perte de poids en remettant en question l'efficacité et l'éthique de ces interventions tout en s'inquiétant de leurs effets potentiellement iatrogéniques. Elles argumentent en faveur d'un changement de paradigme dans les interventions cliniques. D'un côté, on argumente donc en faveur d'un changement des discours et des représentations du corps gros et d'un autre, on vise un changement dans les interventions cliniques.

NOUVEAUX PARADIGMES ET NOUVEAUX DISCOURS

Émergence d'un champ de recherche sur la construction sociale du corps gros

Plusieurs chercheurs ont exprimé des critiques au sujet des discours dominants sur l'obésité. Ces critiques ont mené à l'émergence d'un champ d'études que l'on appelle les *fat studies*. Ce champ n'étudie pas directement le corps gros d'un point de vue médical, mais s'intéresse aux systèmes et aux structures qui construisent socialement le corps gros¹²². Selon Cooper, l'étude de la grosseur comme une identité sociale a débuté dans les années 70, mais cette perspective est apparue plus récemment (début des années 2000) dans le monde académique¹²².

Plusieurs perspectives différentes coexistent dans ce champ de recherche¹²³. Tous les auteurs ne s'entendent pas sur l'usage de la science et les auteurs s'expriment à partir de perspectives épistémologiques diverses^{122,123}. Certains considèrent l'obésité comme une pathologie tout en critiquant différents aspects du discours, certaines politiques, la qualité ou l'interprétation des études ou des données probantes sur l'obésité alors que d'autres auteurs sont d'avis que le corps gros ne devrait pas être perçu comme un problème à régler^{122,123}. L'ensemble d'entre eux déplore que les discours de santé publique sur l'obésité minimisent l'ambiguïté et l'incertitude des connaissances scientifiques actuelles sur l'obésité⁵³. Ils critiquent la moralisation du statut pondéral qui découle de la grande importance accordée à la responsabilité personnelle même si les associations entre les habitudes de vie et le statut pondéral indiquent que l'impact des habitudes de vie sur le poids n'est pas systématique ni universel⁵³. Ces auteurs expliquent que les représentations publiques de l'obésité ne transmettent pas seulement des informations et des faits biomédicaux, mais influencent les représentations culturelles de la santé, du poids et des habitudes de vie⁵³.

En plus des critiques sur le discours biomédical au sujet du poids, beaucoup de travaux de ce champ de recherche sont consacrés à la stigmatisation et à la discrimination et on y observe notamment l'importante influence du sociologue Erving Goffman^{122,123}. L'expérience du corps gros est documentée par des études auto-ethnographiques, des études sur la grosseur selon différentes lentilles analytiques (p.ex. classes sociales, genre), selon différentes expériences comme la perte de poids, la chirurgie bariatrique ou des expériences de la vie quotidienne comme l'achat de vêtement¹²². D'autres contributeurs étudient la discrimination liée au poids dans une perspective légale¹²². Finalement, la création de ponts entre l'activisme et le monde académique est également une préoccupation importante dans ce champ d'étude¹²². Le *fat activism* vise à penser la santé sur le plan de la justice sociale plutôt qu'en termes de risque. Les mouvements sociaux associés à ce champ sont nombreux, on les retrouve sous les appellations : *size acceptance*, *fat acceptance*, *fat liberation*, *fat politics*, *fat pride*^{122,123}. On note aussi l'émergence de la *fatosphère*, c'est-à-dire une communauté informelle en ligne de blogueurs qui remettent en question certains discours sur l'obésité et favorisent les échanges sur les expériences stigmatisantes et l'acceptation de soi¹²⁴. Ces mouvements sociaux et ces communautés alimentent à leur tour la recherche sur le changement des représentations du corps gros. La majorité des activités académiques des *fat studies* s'effectuent aux États-Unis, au Canada et en Europe¹²².

Paradigme d'intervention non centré sur le poids

Constatant le manque de résultat à long terme des diètes amaigrissantes¹⁶⁻¹⁸, des discours divergents ont récemment gagné en popularité dans le milieu clinique également. Plusieurs auteurs ont remis en question la légitimité éthique et scientifique des discours qui traitent de la perte de

poids comme étant un impératif personnel et social^{8,17,74,125-127}. En effet, peu de gens réussissent à maintenir une perte de poids importante à long terme^{128,129}. La probabilité pour une personne ayant un IMC entre 30 et 34,9 kg/m² d'avoir un IMC normal est inférieure à 1 % par année de suivi¹²⁸. En plus, la perte de poids ne semble pas manifestement associée à une réduction des morbidités et de la mortalité chez les personnes en surpoids, mais en bonne santé¹³⁰⁻¹³². En revanche, les saines habitudes de vie le sont, qu'elles entraînent une perte de poids ou non¹²⁹.

Considérant que la poursuite d'un objectif de perte de poids peut avoir des répercussions personnelles négatives et que le discours médical sur la perte de poids peut accroître la discrimination et la stigmatisation, plusieurs professionnels de la santé estiment que la promotion de la santé ne devrait pas avoir le contrôle du statut pondéral comme principal objectif^{8,9,133,134}. Ils estiment que la promotion d'une image corporelle saine et diversifiée est également importante^{8,47,74}. Ces intervenants rejettent le principe des diètes et des restrictions alimentaires et privilégient une approche plus intuitive de l'alimentation basée sur l'écoute des signaux de faim et de satiété⁸.

Ces principes sont défendus notamment par l'*Association for Size Diversity* qui a proposé l'approche *Health At Every Size*^(MD) en 2003. Cette association internationale basée aux États-Unis propose du matériel d'éducation aux professionnels de la santé afin de les encourager et de les outiller à adopter cette approche. Au Québec, l'organisme ÉquiLibre offre aussi de la formation à différents professionnels pour intervenir avec le paradigme non centré sur le poids et favoriser une image corporelle positive en plus de mener des campagnes visant à changer les normes sociales entourant le poids.

Critiques à l'égard de la promotion de la santé non centrée sur le poids

Certains auteurs reprochent aux approches de promotion de la santé non centrées sur le poids d'encourager le santéisme (*healthism*) en préservant une catégorisation morale entre ce qui est sain et malsain même si le poids corporel n'est plus au centre du discours^{102,135,136}. Les auteures Jennifer Brady, Jacqui Gingras et Lucy Aphramor ont reconnu que la philosophie *Health at Every Size*^(MD) (HAES) peut tendre vers l'individualisme et le santéisme¹³⁷. Elles affirment cependant qu'à travers la promotion d'une approche non centrée sur le poids, elles cherchent aussi à déconstruire les conceptions binaires entre l'esprit et le corps, la santé et le malsain¹³⁷. Il n'est toutefois pas impossible que dans la pratique, certains messages disant s'inspirer de ce mouvement favorisent effectivement une pression normative vers certains comportements de santé. Par ailleurs, d'autres auteurs observent effectivement une tendance vers l'internalisation de certaines normes morales de santé et suggèrent que cela pourrait avoir pour effet de changer le discours et de le rendre plus centré sur l'individu, moins revendicateur de changements sociaux et plus cohérents avec les discours dominants actuels¹³⁸.

La sociologue Deborah Lupton estime pour sa part que le paradigme HAES risque d'ajouter une pression sur les personnes à qui l'on recommande d'adopter une alimentation basée sur l'écoute des signaux de faim et de satiété parce que cette approche pourrait être difficile à mettre en pratique dans leur environnement physique et social¹⁰². Elle s'inquiète également des enjeux éthiques d'une approche qui vise à favoriser une image corporelle positive à l'échelle individuelle sans cibler directement la stigmatisation sociale et la discrimination liées au poids^{47,102}. Plusieurs auteurs sont d'avis que pour parvenir à améliorer la santé des populations, ce mouvement doit effectivement

tenir compte des déterminants politiques, culturels, sociaux et environnementaux des représentations et des pratiques liées au corps et à l'alimentation^{47,53,139}. Peu d'études ont porté sur les trajectoires individuelles et sur la manière dont ces déterminants peuvent interagir avec le cheminement des personnes en surpoids, ce qui limite le développement d'approches novatrices pour considérer ces déterminants. Ces critiques ne remettent donc pas en question la pertinence d'adopter des approches non-centrées sur le poids, mais affirment qu'un nouveau paradigme ne constitue pas une panacée et qu'il est essentiel de considérer les dimensions sociale, culturelle, politique et environnementale de l'alimentation.

CONCEPTS A L'ETUDE

Beaucoup d'études sont effectuées sur les troubles alimentaires, les dysmorphies corporelles, les pratiques dites malsaines et les facteurs de risque, mais peu de recherches sont effectuées sur les comportements et les attitudes positives liés à l'alimentation et au rapport au corps à l'exception de certains comportements spécifiques comme de la consommation de fruits et légumes ou de l'habitude de cuisiner. D'ailleurs, plusieurs chercheurs ont proposé des manières plus positives de concevoir et d'étudier la santé et le bien-être plutôt que de les concevoir uniquement comme étant l'absence de maladie ou de symptôme pathologique. L'intérêt pour le modèle salutogénique d'Antonovsky en promotion de la santé¹⁴⁰⁻¹⁴² et l'émergence de la psychologie positive¹⁴³ en sont des exemples. Il a été suggéré que les comportements et les pratiques alimentaires mériteraient aussi d'être étudiés sous cet angle et qu'il serait bénéfique d'investir davantage dans la recherche et la promotion de comportements adaptatifs et d'un rapport positif à son corps et à l'alimentation^{8,144-146}. Dans cette optique, l'alimentation intuitive et l'acceptation de son corps ont été proposées comme des exemples de stratégies adaptatives.

Alimentation intuitive

Quelques modèles d'alimentation adaptative ont été proposés tels que l'alimentation intuitive et l'alimentation consciente (*mindful eating*)¹⁴⁷. Ces modèles sont plutôt similaires et sont aussi appelés en anglais *attuned eating*¹⁴⁷. Ces modèles font référence à une relation positive avec l'alimentation plutôt qu'une alimentation simplement exempte de comportements ou de symptômes identifiés comme étant pathologiques ou de certains facteurs de risque^{146,147}.

L'alimentation intuitive implique de manger en fonction de ses signaux de faim et de satiété plutôt que de tenter de contrôler ses portions en fonction de normes extérieures¹⁴⁸. Elle implique le fait de ne pas catégoriser les aliments de manière dichotomique comme étant bons ou mauvais et donc de refuser de s'imposer des interdits alimentaires²⁶. Il est important de noter que l'impression de se restreindre n'est pas nécessairement liée avec une réelle réduction des apports énergétiques, il n'y a donc pas lieu de supposer que les personnes qui disent se donner la permission inconditionnelle de manger mangent en excès¹⁴⁸. La perception de la restriction est d'ailleurs peu corrélée aux apports réels¹⁴⁹⁻¹⁵¹. L'alimentation consciente est similaire à l'alimentation intuitive en ce qui a trait à l'écoute des signaux de faim et de satiété, mais implique aussi la pratique de la méditation¹⁵². Il n'existe toutefois pas de définition universelle de l'alimentation consciente¹⁵³.

L'alimentation intuitive a d'abord été popularisée par Tribole et Resch¹⁴⁸. Elles ont énoncé dix principes qui expliquent ce qu'elles entendent par alimentation intuitive¹⁴⁸. Ces dix principes sont : (1) rejeter la mentalité des diètes amaigrissantes, (2) honorer sa faim, (3) faire la paix avec la

nourriture, (4) remettre en questions les règles alimentaires et l'autocritique morale, (5) reconnaître ses sensations de rassasiement, (6) trouver de la satisfaction dans son alimentation, (7) combler ses besoins émotionnels par d'autres moyens que la nourriture, (8) respecter et accepter son corps, (9) trouver de la satisfaction à travers la pratique d'activité physique et, (10) honorer sa santé [traduction libre]¹⁴⁸.

Depuis la publication du premier livre de Tribole et Resch destiné au grand public en 1995, près d'une centaine d'articles scientifiques sur l'alimentation intuitive ont été publiés. Une revue de littérature systématique sur les facteurs psychosociaux associés à l'alimentation intuitive chez les femmes recense 24 études transversales publiées entre 2006 et 2015³⁸. Dans ces études, l'alimentation intuitive était associée à moins de symptômes de troubles alimentaires, à une image corporelle positive et à un meilleur fonctionnement émotionnel³⁸. L'alimentation intuitive était conséquemment négativement associée au fait d'être à la diète et aux restrictions alimentaires qu'elles soient flexibles ou rigides^{40,146,154}. La perception de contrôle autonome de son alimentation (par opposition au fait de ressentir des pressions ou du contrôle extérieur) présentait une corrélation avec l'alimentation intuitive¹⁵⁵. Les femmes qui affirmaient se fier à leur corps pour déterminer quelles quantités d'aliments consommer rapportaient moins de comportements de perte de poids malsains ou extrêmes¹⁵⁴. L'alimentation intuitive était également associée à une plus grande résistance face à l'adoption de la perspective d'un observateur sur son corps^{156,157}, à une plus grande attention aux fonctions et aux sensations du corps plutôt qu'à son apparence¹⁵⁸⁻¹⁶⁰ et à une plus grande flexibilité face à l'image corporelle (*body image flexibility*), c'est-à-dire l'acceptation des pensées et des sentiments à propos de son corps¹⁵⁸⁻¹⁶¹. L'alimentation intuitive était associée à moins d'affects négatifs et de symptômes dépressifs^{40,157,162} et à plus d'affects positifs^{40,146,157}.

Une des études recensées montre que l'alimentation intuitive était associée avec une plus grande conscience de ses émotions¹⁶³ et une plus grande tolérance à la détresse¹⁶¹. L'alimentation intuitive était aussi associée à la perception d'une plus grande acceptation de son poids par les autres^{156,158-160,164}. L'alimentation intuitive était négativement associée à l'internalisation de l'idéal de la minceur^{26,157}, la pression pour la minceur de la part des proches²⁶ et au fait d'avoir reçu des messages qui portaient sur la surveillance de l'apport alimentaire et les restrictions alimentaires durant l'enfance^{162,164,165}. La majorité des participantes étaient des étudiantes universitaires états-uniennes³⁸. Les auteurs de cette revue notent aussi que toutes ces études sont transversales et qu'il n'est pas possible de déterminer la nature de ces associations statistiques³⁸.

Van Dyke et Drinkwater ont recensé les études expérimentales sur l'alimentation intuitive³¹. Peu de données scientifiques indiquent qu'un programme d'éducation sur l'alimentation intuitive pourrait entraîner une perte de poids³¹. Toutefois, si les programmes plus traditionnels semblent mener à une perte de poids initiale suivie d'un regain du poids, les programmes basés sur l'alimentation intuitive semblent plutôt favoriser le maintien du poids³¹. Quelques études expérimentales montrent des améliorations du profil cardiométabolique, mais les résultats sont parfois contradictoires et limités par la durée de suivi³¹. Une étude montre une amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation des participants à la suite d'un programme alors qu'une autre étude n'indique aucune différence dans la proportion d'énergie qui viendrait du déjeuner, de l'alcool ou des collations³¹. Les auteurs notent aussi que même si l'alimentation intuitive semble associée à de meilleurs indicateurs psychosociaux dans les études observationnelles, les interventions basées sur l'alimentation intuitive menaient à des résultats comparables à ceux des programmes traditionnels ou des groupes de soutien social étudiés à titre de groupes témoins³¹.

Ces améliorations semblent toutefois se maintenir à long terme alors qu'une régression était observée dans les groupes témoins³¹.

L'alimentation intuitive semble être un modèle pertinent pour évaluer le rapport à l'alimentation. Les études sur les retombées de l'alimentation intuitive portent cependant surtout sur des femmes généralement plus éduquées que la moyenne, son applicabilité à d'autres groupes pourrait donc différer. Il n'est pas possible de comprendre la dimension socioculturelle de l'alimentation intuitive lorsqu'on l'étudie uniquement à partir d'un score résultant d'un questionnaire sur les pratiques individuelles. Il serait important de documenter les perceptions d'une alimentation adaptative des personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes. La trajectoire de changement des représentations et des pratiques pourrait nous permettre de mieux comprendre comment les gens s'orientent vers de nouvelles pratiques.

L'acceptation de soi et de son corps est un principe important dans l'alimentation intuitive, mais qui semble peu intégré dans les questionnaires généralement utilisés pour mesurer l'alimentation intuitive. Les auteurs Tribole et Resch estiment pourtant que cela peut faire une différence importante dans la trajectoire¹⁴⁸.

Acceptation corporelle et flexibilité face à l'image corporelle

Il existe plusieurs appellations pour désigner l'acceptation de son corps et l'image corporelle. Selon Gleeson et Frith, l'image corporelle a d'abord été définie par Paul Schilder en 1920 comme étant: « the picture of our own body which we form in our mind, that is to say, the way in which the body appears to ourselves » (cité dans¹⁶⁶ p.80). La recherche sur l'image corporelle concernait

d'abord la correspondance entre l'image corporelle réelle et celle perçue par l'individu, puis les chercheurs se sont intéressés aux différences entre l'image corporelle perçue versus son corps ou sa silhouette idéal¹⁶⁶. La différence entre le corps actuel et le corps idéal est généralement interprétée comme signifiant une insatisfaction¹⁶⁶. Plusieurs autres concepts ont été proposés pour évaluer l'image corporelle (*body appreciation, positive rational acceptance coping, body image flexibility, body functionality, attunement, body pride, positive and self-accepting body talk, body sanctification, broad conceptualization of beauty, body acceptance by others*)¹⁶⁷. Ces concepts sont associés à un ou des questionnaires servant d'outil de mesure. Certains concepts comme l'appréciation de son corps tiennent toutefois peu compte de l'impact de l'image corporelle dans la vie des personnes.

La flexibilité face à l'image corporelle (*body image flexibility*) s'inspire du concept de la flexibilité psychologique¹⁶⁸. La flexibilité psychologique réfère à la capacité d'une personne de vivre le moment présent tout en adoptant des comportements qui sont cohérents avec ses valeurs même lorsque la situation actuelle implique des émotions, des pensées ou des sensations difficiles¹⁶⁸. Contrairement à la plupart des définitions de l'image corporelle, la flexibilité face à l'image corporelle inclut la capacité de vivre et d'accepter des expériences, des pensées ou des émotions négatives¹⁶⁹. La flexibilité face à l'image corporelle représente donc une manière adaptative de composer avec son image corporelle¹⁶⁹. La flexibilité de l'image corporelle semble s'inscrire dans le même courant que l'alimentation intuitive ou l'alimentation consciente puisqu'elle implique aussi d'être à l'écoute de ses sensations et de ses émotions. La flexibilité face à l'image corporelle est négativement associée aux indicateurs de troubles alimentaires et à la détresse psychologique¹⁶⁹. La flexibilité face à l'image corporelle semble être un modérateur entre l'image

corporelle et les troubles alimentaires^{168,169}. La flexibilité face à l'image corporelle est également modérément associée à la pleine conscience (*mindfulness*)¹⁶⁹ et modérément à fortement associée à l'alimentation intuitive^{161,169,170}. La flexibilité face à l'image corporelle est un médiateur significatif entre l'internalisation des biais liés au poids et l'alimentation intuitive¹⁷⁰. Ainsi, le fait d'accepter les expériences négatives liées à l'image corporelle de façon consciente semble aider à trouver des stratégies adaptatives sur le plan de l'alimentation¹⁷⁰.

Les études interventionnelles sur la flexibilité de l'image corporelle montrent que les interventions peuvent changer la flexibilité face à l'image corporelle même lorsque cette dernière n'est pas la principale cible d'intervention¹⁶⁹. Dans les études de cas sur l'utilisation de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans le but d'améliorer la relation avec la nourriture, une augmentation de la flexibilité de l'image corporelle a été observée lorsque le traitement progressait¹⁶⁹. Par ailleurs, le questionnaire proposé pour mesurer la flexibilité de l'image corporelle est critiqué par plusieurs auteurs car il mesure surtout l'absence de pensées ou de comportements négatifs plutôt que les stratégies ou les attitudes adaptatives¹⁶⁷.

Gleeson et Frith critiquent le fait que l'image corporelle soit souvent conceptualisée comme une propriété statique ou une variable fixe perçue comme le résultat des expériences passées¹⁶⁶. Cela ne permet pas de rendre compte des processus dynamiques par lesquels les personnes attachent une signification à leur corps et à ceux des autres¹⁶⁶. Ces auteurs estiment que l'étude actuelle de l'image corporelle ne permet pas de tenir compte de la complexité et de la fluidité de l'image corporelle¹⁶⁶. Selon elles, les personnes peuvent avoir différentes perceptions de leur corps selon différents contextes¹⁶⁶. Le fait de ne pas étudier l'image corporelle comme un construit statique

mesurable permettrait d'accorder plus d'attention à la production discursive et d'ainsi s'intéresser à la manière dont les personnes composent avec leur image corporelle¹⁶⁶. Gleeson et Frith recommandent d'étudier l'image corporelle comme un processus plutôt que comme un produit¹⁶⁶. Selon elles, la recherche devrait aussi considérer l'engagement d'une personne dans la renégociation de ses perceptions et de son identité¹⁶⁶.

L'alimentation intuitive et la flexibilité de l'image corporelle représentent donc des stratégies adaptatives, mais sont souvent présentées comme des concepts statiques. L'utilisation de questionnaire sur les attitudes et les pratiques permet de réaliser des études transversales et d'évaluer des interventions, mais ne permet pas d'explorer l'ensemble du processus qui mène à l'alimentation intuitive et à l'acceptation de soi ni la manière dont ces concepts se rattachent au contexte de vie des personnes. La prochaine section résume les résultats d'études empiriques qui portent sur certains éléments de ce processus.

TRAJECTOIRES DE CHANGEMENT

Choix d'une approche de perte de poids

Les chercheurs Leske et coll. ont proposé un modèle pour expliquer le choix d'une approche alimentaire restrictive ou non restrictive chez les personnes en surpoids^{80,171}. Ce modèle prend davantage la forme d'une liste de déterminants individuels que d'une explication des trajectoires^{80,171}. Selon cette étude, pour les personnes en surpoids, le choix de l'approche, restrictive ou non, est lié (1) au but visé (sur un continuum d'une vision axée sur la perte de poids uniquement à une vision axée sur la santé générale), (2) aux raisons auxquelles sont attribués les échecs des diètes (à soi-même ou à la diète), (3) aux attitudes à l'égard des diètes (confiance envers

le potentiel des diètes), (4) à l'autonomie personnelle (définie comme l'influence des proches ou l'exposition aux diètes à un jeune âge), (5) à la connaissance des approches alternatives et à l'auto-efficacité par rapport à l'approche, (6) à la perspective de temps (court terme ou processus continu) et (7) à l'identité perçue (p.ex. gros, en surpoids, en santé)⁸⁰. À la suite de cette étude qualitative, Leske et coll. ont effectué une étude longitudinale sur quatre semaines pour tester, en lien avec les pratiques restrictives et non restrictives, un modèle inspiré de la théorie du comportement planifié selon laquelle les attitudes, les normes subjectives et l'auto-efficacité prédisent l'adoption d'un comportement¹⁷¹. Selon leur modèle, les attitudes à l'égard des différents comportements prédisent significativement les comportements restrictifs et non-restrictifs¹⁷¹. Les normes subjectives semblent influencer la probabilité d'avoir des comportements restrictifs quatre semaines plus tard alors que le sentiment d'auto-efficacité personnelle et l'identité personnelle (impression d'être une personne qui mange sainement) sont liés aux comportements non restrictifs¹⁷¹.

Ces résultats rejoignent les thèmes identifiés par une revue de littérature systématique des études qualitatives publiées entre 1995 et 2010 portant sur les facteurs influençant les décisions liées au contrôle du poids¹⁷². Cette revue ne précise toutefois pas les types de stratégies (restrictives ou non) sur lesquelles portent les décisions liées au contrôle du poids ni la manière dont ces facteurs influencent les décisions liées au poids. Les sept thèmes identifiés par les auteurs de la revue, Ian Brown et Jil Gould, étaient : l'identité culturelle, les structures sociales, la réponse à la stigmatisation, les expériences de perte de poids antérieures, les motivations et les barrières personnelles, le soutien social dans l'environnement et les ressources pratiques¹⁷². Cette revue témoigne de la tendance dans le domaine de la santé des populations à proposer des descriptions et des listes de thèmes ou de déterminants sans proposer de mécanismes explicatifs par le biais

desquels ces déterminants interagissent entre eux et influencent les pratiques. Bien que Leske et coll. aient tenté de proposer une explication théorique, ils ont préféré tester quantitativement un modèle s'appuyant sur une théorie existante (théorie du comportement planifié) qui semblait correspondre aux thèmes identifiés dans leur recherche qualitative plutôt que de proposer une explication théorique de manière inductive à partir de leur matériel qualitatif¹⁷¹. Cette approche déductive ne permet toutefois pas d'explorer les nuances, d'expliquer les trajectoires divergentes ou de comprendre les interactions entre les variables indépendantes.

Perceptions de l'alimentation intuitive

Quelques études qualitatives ont documenté l'applicabilité de l'alimentation intuitive auprès de certains groupes de personnes en milieu naturel (sans intervention) et quelques-unes ont documenté l'expérience de participants à des programmes sur l'alimentation consciente ou intuitive. Ces études permettent donc de dégager certains éléments potentiellement importants au cours de la trajectoire de changement.

Écoute des signaux de faim et de satiété

La reprise de contact avec les signaux de faim et de satiété semblait être un défi pour plusieurs personnes. Les participantes d'un cours en ligne sur l'alimentation intuitive sentaient que l'alimentation intuitive était un comportement naturel qu'elles avaient perdu¹⁷³. Elles expliquaient donc avoir eu besoin de réapprendre à manger intuitivement et de développer de nouvelles habiletés¹⁷³. Pour plusieurs participants aux études sur le sujet, les émotions et le stress constituaient des barrières à l'alimentation intuitive^{173,174}. Certains participants rapportaient avoir

des horaires de travail irréguliers et sautaient parfois des repas dû au stress ou prenaient très peu de temps pour manger dû à leurs horaires de travail^{174,175}.

Dans une étude sur l'applicabilité de l'alimentation intuitive auprès de femmes afro-américaines ayant le diabète de type 2, les participantes ayant reçu de l'éducation sur le diabète, mais pas sur l'alimentation intuitive, ont rapporté que de nombreux stimuli externes les incitaient à manger, mais ne rapportaient pas de stratégie pour tenter de diminuer l'influence de ces facteurs¹⁷⁵. Ces femmes rapportaient avoir de la difficulté à contrôler l'envie de manger certains aliments lorsqu'ils sont disponibles (comme la crème glacée, les croustilles)¹⁷⁵. Ces femmes rapportaient que plusieurs stimuli pouvaient les distraire et diminuer l'attention accordée à leurs signaux de faim et de satiété¹⁷⁵. Elles rapportaient parfois manger jusqu'à l'inconfort physique lorsqu'elles étaient devant la télévision par exemple¹⁷⁵. Ces participantes avaient tendance à catégoriser les aliments entre bons et mauvais et à suivre leur « diète diabétique »¹⁷⁵. Ces participantes mentionnaient que la médication était un facteur externe qui affectait le moment où elles mangeaient¹⁷⁵. Plusieurs éléments contextuels rendent donc plus difficile l'écoute des signaux internes de faim et de satiété.

Interactions sociales

La signification de l'alimentation dans les interactions sociales semble être une limite pour la pratique de l'alimentation intuitive^{173,174}. Une étude sur les immigrants latino-américains rapporte que les participants estimaient que le fait de pas manger tout le contenu de leur assiette était contraire à leur culture¹⁷⁴. Selon les participants à un programme en ligne sur l'alimentation intuitive, refuser de la nourriture peut paraître insultant dans plusieurs situations sociales¹⁷³. L'alimentation a aussi un sens affectif, une des participantes mentionnait par exemple que manger

tout le contenu de son assiette était un élément relationnel important avec sa mère¹⁷³. Les décisions alimentaires servent donc aussi à communiquer et répondent parfois à des besoins interpersonnels.

Influences interpersonnelles

Certaines participantes à un programme en ligne sur l'alimentation intuitive mentionnaient que leurs habitudes alimentaires étaient basées sur les goûts de la famille plutôt que les leurs¹⁷³. La routine et les obligations familiales semblaient donc être un obstacle à l'intégration de l'alimentation intuitive¹⁷³. Il y avait de grandes disparités dans le soutien qu'elles recevaient au sein de leur famille, de la part d'un conjoint notamment¹⁷³. L'influence potentielle du soutien familial au cours de la trajectoire n'était toutefois pas explorée dans cette étude¹⁷³. Les participantes d'une étude sur l'applicabilité de l'alimentation intuitive auprès de femmes afro-américaines ayant le diabète de type 2 rapportaient aussi que la distraction des autres membres de la famille au moment du repas pouvait rendre plus difficile l'écoute des signaux de faim et de satiété¹⁷⁵. Les participantes d'un programme d'éducation de groupe sur l'alimentation consciente offert dans une clinique située en milieu défavorisé ont expliqué éviter certains lieux ou personnes qui n'étaient pas favorables à l'alimentation consciente¹⁷⁶. Certaines difficultés semblent donc similaires à celles que rencontrent les personnes qui suivent des diètes amaigrissantes.

Les participantes d'une étude sur l'applicabilité de l'alimentation intuitive auprès de femmes afro-américaines ayant le diabète de type 2 rapportaient avoir de la difficulté à suivre les recommandations alimentaires pour personnes diabétiques car leur entourage ignorait qu'elles étaient diabétiques¹⁷⁵. Elles ont expliqué que les membres de leur entourage réagissaient fortement lorsqu'ils apprenaient leur diagnostic¹⁷⁵. Ils avaient tendance à leur interdire des aliments qu'ils

considéraient malsains¹⁷⁵. Elles trouvaient particulièrement difficile de refuser de la nourriture en compagnie de personnes qui n'étaient pas au courant de leur diagnostic ou qui étaient habituées à les voir manger des portions plus grosses¹⁷⁵. Pour les participantes à cette étude, le diabète semblait donc entraîner certains obstacles à l'alimentation intuitive.

Intégration des principes

Les participants qui avaient suivi un programme d'enseignement sur l'alimentation intuitive semblaient parfois intégrer les principes de manière partielle¹⁷³. Ces participantes semblaient écouter davantage leurs signaux physiologiques et ressentir moins de culpabilité après l'intervention bien qu'elles appliquaient tout de même des notions cohérentes avec la logique des diètes amaigrissantes, notamment la notion de bons et de mauvais aliments¹⁷³. Une participante avait appris à faire confiance à son corps pour les choix alimentaires car elle estimait que son corps lui envoyait des signaux pour répondre à ses besoins physiques¹⁷³. Les participantes ont expliqué que l'alimentation intuitive était en fait l'intégration de leurs connaissances en nutrition et de leur intuition¹⁷³. Les participantes à cette étude semblaient donc avoir plus de facilité à se fier à leurs signaux de faim et de satiété pour déterminer les quantités d'aliments qu'elles consommaient, mais elles ne faisaient pas confiance à leur *instinct* pour faire des choix alimentaires appropriés. Les participantes d'un programme d'enseignement de l'alimentation intuitive mentionnaient que l'alimentation intuitive correspondait plus à leurs valeurs¹⁷³.

Les participantes d'un programme d'éducation de groupe sur l'alimentation consciente offert dans une clinique située en milieu défavorisé ont exprimé avoir trouvé la mise en pratique de principes de l'alimentation consciente exigeante au début¹⁷⁶. Elles racontaient qu'elles réfléchissaient

constamment à leurs choix alimentaires dans les premières semaines du programme¹⁷⁶. Elles ont toutes mentionné que l'alimentation consciente devenait de plus en plus une routine et que cette routine faisait une différence dans leur bien-être émotionnel et physique¹⁷⁶. Une participante mentionnait que son processus ne serait probablement jamais terminé puisque la vie n'est pas stable et que les pratiques doivent donc toujours être réajustées selon la situation actuelle¹⁷⁶. Les participantes à cette étude mentionnaient parallèlement avoir appliqué la notion de pleine conscience à d'autres sphères de leur vie¹⁷⁶. Les participantes ont appris à mieux comprendre comment leurs pensées et leurs émotions affectaient leur alimentation et cela les a aidées à avoir un sentiment de contrôle¹⁷⁶. Elles ont dit que cela avait changé leur perspective d'elles-mêmes et de leur vie¹⁷⁶. Au cours du processus, les participantes ne faisaient donc pas que changer leurs pratiques alimentaires, mais elles leur attribuaient également un sens.

Soutien professionnel et soutien des pairs

Les participantes d'un programme d'éducation de groupe sur l'alimentation consciente offert dans une clinique située en milieu défavorisé ont trouvé que le groupe les aidait à avoir une meilleure perspective et à voir le progrès réalisé puisque la mise en pratique de l'alimentation intuitive leur semblait très difficile au départ¹⁷⁶. Ces participantes ont aussi mentionné avoir eu peu d'occasion avant l'intervention de parler de certains comportements ou pensées dont elles avaient honte et se sont identifiées aux autres participantes du groupe¹⁷⁶. Le fait de se confier sur ces sujets a diminué la honte et augmenté le sentiment d'acceptation sociale et le soutien social¹⁷⁶. Les participantes qui avaient suivi un programme d'enseignement sur l'alimentation intuitive ont exprimé le souhait de recevoir du soutien après l'intervention¹⁷³. Elles sentaient qu'elles en avaient besoin car elles trouvaient difficile de ne pas revenir à leurs anciennes habitudes¹⁷³.

Ces études montrent que l'alimentation intuitive et l'alimentation consciente demandent beaucoup d'effort à implanter. Il semble que les gens viennent à développer une plus grande aisance à manger intuitivement lorsqu'ils peuvent y trouver une cohérence avec leurs valeurs et échanger avec des pairs.

Remise en question des pratiques restrictives

Comme le montrait notamment l'étude de Leske et coll. sur les déterminants des pratiques restrictives et non restrictives, les participants expliquent souvent leur choix à partir de l'expérience antérieure des diètes, de leur perception des normes et de leur perception d'eux-mêmes¹⁷¹. Quelques études se sont intéressées au changement d'attitudes par rapport aux pratiques restrictives. Les chercheurs Andrea Bombak et Lee F. Monaghan ont notamment observé que la lecture que font les participantes de leurs expériences passées influence leur vision du futur et leurs objectifs actuels⁷⁹. Ils ont défini trois trajectoires types liées au changement d'orientation par rapport à la perte de poids : (1) *hopeful narratives*, (2) *disordered eating distress* et (3) *weight-cycling or stagnation*⁷⁹. Les participantes de la première trajectoire cherchaient toujours à perdre du poids dans l'espoir que cela améliorerait leur vie⁷⁹. Ces participantes avaient eu un succès plutôt mitigé par le passé, mais demeuraient convaincues que la perte de poids était un objectif qu'elles devaient encore poursuivre notamment parce qu'elles associaient la perte de poids à l'amélioration de soi⁷⁹. Les participantes associées à la deuxième trajectoire ne croyaient plus que les pratiques restrictives puissent entraîner une perte de poids et estimaient que leurs expériences passées avaient eu des conséquences négatives sur leur poids et leur santé⁷⁹. Certaines de leurs anciennes pratiques qu'elles qualifiaient de malsaines étaient parfois semblables aux pratiques que tentaient

d'entretenir les participantes de la première trajectoire¹⁷⁷. Enfin, les participantes associées à la troisième trajectoire exprimaient un désir de perdre du poids, mais se percevaient d'une certaine façon condamnées à leur surpoids pour des raisons biomédicales ou comportementales⁷⁹. Dans cette étude, la réflexivité joue un rôle important dans ces dynamiques puisque ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui semblent différer, mais la perspective des participantes envers ceux-ci. La perception de soi et la confiance de pouvoir poursuivre une approche qui ne s'inscrit pas dans les normes sociales semblent être des éléments importants du processus de changement.

Selon une étude suédoise basée sur la théorisation ancrée, deux phénomènes principaux caractérisent le processus de théorisation effectué par les participants au sujet de leurs échecs antérieurs à perdre du poids avec les diètes amaigrissantes : la reconsidération des causes et la reconsidération du problème¹⁷⁸. Le phénomène de la reconsidération des causes concerne la réflexion des participants sur la cause de leur poids corporel actuel¹⁷⁸. Sans remettre en question l'idée que leur apport énergétique soit la cause de leur poids, les participants développaient des réflexions sur les causes de leurs habitudes alimentaires¹⁷⁸. Ils en venaient donc à considérer certaines des raisons pour lesquelles ils mangeaient (émotionnelles ou circonstancielles) ou leur manque de contrôle comme la véritable cause de leur poids actuel¹⁷⁸. La reconsidération du problème s'opérait ensuite en deux étapes¹⁷⁸. Premièrement, les participants se mettaient à percevoir leur poids corporel comme un symptôme de leur « vrai problème »¹⁷⁸. Le poids n'étant qu'un symptôme, ils estimaient que les diètes ne fonctionnaient pas, car elles agissaient sur les symptômes sans agir sur ce que ces personnes définissaient comme le cœur de leur problème¹⁷⁸. Deuxièmement, les participants en venaient à considérer que les pratiques centrées sur le poids constituaient aussi une partie du problème¹⁷⁸. Trois types d'explications étaient associées à cette

étape¹⁷⁸. Deux d'entre elles concernaient l'impossibilité de suivre les diètes amaigrissantes à long terme¹⁷⁸. La première de ces explications était que les diètes occupent une place démesurée dans la vie des personnes qui les suivent ce qui les empêchent de poursuivre leurs autres aspirations¹⁷⁸. La deuxième était que l'envie de consommer certains aliments devenait trop forte à un certain moment et qu'elle était accompagnée d'un sentiment de compulsion ou de perte de contrôle¹⁷⁸. Les participants décrivaient ce comportement comme un réflexe indépendant de leur volonté comme le réflexe d'inspirer qui survient chez quelqu'un qui essaie de retenir volontairement sa respiration¹⁷⁸. Finalement, la troisième explication des participants était que le corps s'adapte biologiquement aux diètes ce qui contribue au gain de poids à long terme¹⁷⁸. Les auteurs estiment que ces explications ont aidé les participants à comprendre et à donner un sens à leur expérience¹⁷⁸. Les auteurs avancent également que cette théorisation effectuée par les participants a servi sur le plan émotionnel, à réduire le sentiment de culpabilité et sur le plan social, à réduire la honte et à présenter un récit différent de celui du manque de volonté¹⁷⁸. La reconsidération du problème et de ses solutions est également décrite dans les études du domaine des *fat studies* portant sur le mouvement de *fat acceptance* et la gestion de l'identité.

Acceptation corporelle

Le processus d'acceptation corporelle et le processus d'engagement militant dans le mouvement de la *fat acceptance* ont notamment été étudiés auprès de membres actifs de la fatosphère. En interviewant des personnes qui tenaient un blogue sur la fatosphère, Dickins et coll. ont relevé que ces personnes décrivaient des trajectoires similaires¹²⁴. Dickins et coll. ont proposé un modèle des stades de changement menant à la résistance aux discours stigmatisants sur l'obésité et à l'acceptation corporelle¹²⁴. Le premier stade était celui où les participantes ressentaient le stigmate

et tentaient d'y répondre en perdant du poids¹²⁴. Les participants décrivaient une période de leur vie où leur perception de leur corps était très négative et leur quête de minceur les menait à s'isoler et à se désengager de certaines de leurs aspirations¹²⁴. Le deuxième stade était celui de la crise¹²⁴. À ce stade, les participants tentaient de prendre du recul et s'intéressaient à de nouvelles façons de concevoir le corps gros¹²⁴. Ils appréciaient les idées véhiculées dans la fatosphère, mais ils avaient de la difficulté à les appliquer¹²⁴. Au troisième stade, les participants se sentaient investis d'un certain pouvoir, connectés et acceptants envers eux-même¹²⁴. Ils s'identifiaient également à d'autres personnes ayant vécu des expériences similaires¹²⁴. Dans cette étude, ce processus était donc décrit comme étant plutôt séquentiel.

En analysant les commentaires sur des entrées de blogues, Donaghue et coll. ont exploré les ambivalences que peuvent vivre les personnes qui tentent de rejeter l'injonction sociale de faire des diètes¹⁷⁹. Plusieurs des commentatrices indiquaient que leur cheminement avait effectivement commencé lorsqu'elles ont réalisé qu'elles ne pourraient pas obtenir une perte de poids durable et que les diètes ne fonctionnaient pas¹⁷⁹. Certaines d'entre elles ont aussi expliqué que la réalisation de cet *échec* était une bonne chose puisqu'elles se sont alors libérées de ce désir de perdre du poids et ont réalisé que le désir de mincir augmentait leur insatisfaction actuelle¹⁷⁹. Comme celles des études précédentes, les participantes à cette étude ont réalisé le coût important (physiologique, psychologique, social, financier) associé à la pratique des diètes amaigrissantes. Toutefois, l'étude de Donaghue et coll. montrait également que malgré cette réalisation, les commentatrices étaient très ambivalentes et avaient plusieurs réflexions ou sentiments contradictoires¹⁷⁹.

Cette étude montrait que malgré les critiques exprimées par les participantes au sujet des diètes amaigrissantes, il leur semblait difficile de tirer un trait définitif sur l'idée de suivre ces diètes¹⁷⁹. Plusieurs participantes parlaient des diètes comme d'une tentation même si elles percevaient que les diètes les empêchaient de s'accomplir pleinement dans leur vie¹⁷⁹. Certaines exprimaient même un sentiment de transgression morale à l'idée de faire une diète, car ce serait contre les principes de la *fat acceptance* ou leurs principes féministes¹⁷⁹. Ainsi, même si elles remettaient en question rationnellement les diètes en plus de les estimer contraires aux valeurs qu'elles souhaitaient incarner, le désir de réussir à perdre du poids comme le promettent les diètes amaigrissantes persistait chez certaines des commentatrices¹⁷⁹. Les diètes, bien que parfois représentées comme des punitions ou des privations par certaines personnes, peuvent aussi être perçues comme des tentations ou des transgressions dans d'autres contextes.

Certaines de ces commentatrices ont raconté que dans les périodes où elles ont réussi à perdre du poids, leur vie n'avait pas pour autant dramatiquement changé¹⁷⁹. Elles ont réalisé que cette perte de poids n'avait pas apporté des changements au niveau de leur personnalité, de leur famille ou de leurs relations sociales¹⁷⁹. Elles s'étaient imaginé une vie idéalisée qui ne s'est pas matérialisée¹⁷⁹. D'un autre côté, certaines participantes avançaient que la minceur était associée à plus d'opportunités dans différentes sphères de la vie même si elle ne mène pas nécessairement au succès¹⁷⁹. Elles estimaient que la minceur pouvait mener à plus d'opportunités de rencontres amoureuses ou à certaines opportunités professionnelles notamment dans le milieu des arts¹⁷⁹. Une participante a expliqué qu'elle se sentait différente lorsqu'elle était mince puisqu'elle ne réduisait pas constamment son identité à son étiquette de personne grosse¹⁷⁹. D'autres participantes expliquaient aussi que leur poids empêchait les autres de les voir comme elles étaient¹⁷⁹. Certaines

mentionnaient que leurs réalisations et leurs qualités semblaient éclipsées aux yeux de leur famille qui faisait une fixation sur leur poids¹⁷⁹. Elles sentaient donc que leur identité sociale était altérée : « Just as the thin ideal is not only ‘in the minds’ of those who aspire to it, fat acceptance also needs to be ‘in the ether’ if it is to provide a basis for change in the interlocutors of fat women that could form a constant and secure basis for identity. »¹⁷⁹ (p.424). Tout en réalisant que la perte de poids ne mène pas automatiquement au succès dans toutes les sphères de la vie, certaines participantes étaient d’avis que la grosseur avait des répercussions négatives sur leurs opportunités qui découlaient de la perception des autres envers elles¹⁷⁹.

L’étiquette de personne grosse influence le développement identitaire dès l’enfance¹⁸⁰. Dans une étude canadienne sur l’influence de la grosseur dans le développement identitaire, une participante décrivait qu’en dépit de son opinion d’elle-même, l’étiquette de personne grosse limitait la perception d’autrui à son égard : « I’m a fantastic person, but nobody could see past the fat. It angers me more than it hurts me. But it hurts. »¹⁸⁰ (p.158). Les stéréotypes transparaissent dans plusieurs types de relations dès l’enfance : avec les parents, les pairs, les enseignants, les professionnels de la santé, des étrangers, etc.¹⁸⁰. L’addition de ces expériences dans les interactions quotidiennes venait consolider leur influence sur le développement de leur perception d’elles-mêmes et de leur corps¹⁸⁰. Des participantes expliquaient que leurs performances sportives étaient évaluées à la lumière de leur corps¹⁸⁰. Leur corps était pour les autres le signe d’une mauvaise forme physique et leurs performances sportives ne pouvaient pas renverser cette perception¹⁸⁰. Certaines femmes expliquent aussi que dès l’enfance, leur étiquette de personne grosse a influencé le développement de leur identité de genre¹⁸⁰. Elles expliquaient ne pas avoir été perçues comme féminines¹⁸⁰. La perception négative du poids semblait disqualifier l’identité de genre féminine et

cela de manière encore plus marquée lorsque combinée à une perception négative de la peau foncée chez les personnes noires¹⁸⁰. Ces participantes rapportaient différentes stratégies pour redéfinir leur identité¹⁸⁰. Certaines ont mentionné utiliser l'humour pour contrer la dévaluation des pairs, d'autres ont tenté de se développer intellectuellement ou artistiquement pour se définir autrement¹⁸⁰. Très peu ont continué de vouloir montrer leurs habiletés physiques malgré le fait que les stéréotypes rendent la reconnaissance de ses habiletés plus difficile¹⁸⁰.

Dans leur étude sur le processus d'acceptation de soi vécu par les contributeurs à la fatosphère, Dickins et coll. ont souligné que se réclamer du qualificatif gros ou grosse (*fat*) était une méthode utilisée par les participants pour se réapproprier la signification de cette étiquette¹²⁴. Saguy et Ward ont remarqué que certains blogueurs ou activistes utilisaient le vocabulaire du *coming out* majoritairement associé à l'orientation sexuelle¹⁸¹. Les participants à leur étude ont témoigné de la peur que provoque le terme gros et de l'importance de le dédramatiser¹⁸¹. Les répondants ont expliqué qu'en s'appropriant le terme gros, ce terme n'avait plus le pouvoir de les humilier ou de les faire taire¹⁸¹. Les auteurs résument cet acte de la manière suivante : « More typically, coming out as fat involves a person who is easily recognized as fat affirming to herself and others her fatness as nonnegotiable aspect of self, rather than as a temporary state to be remedied through weight loss »¹⁸¹ (p.65). Le *coming out as fat* signifie donc affirmer et valoriser ce trait stigmatisé et visible¹⁸¹. En se réclamant du terme gros, elles rejettent l'exclusion qui pourrait découler de cette étiquette¹⁸¹. En s'affirmant fortement et avec humour, les auteures estiment que ces femmes cherchent ultimement l'inclusion¹⁸¹. Elles estiment que le *coming out as fat* est plus une manière de rejeter les stéréotypes négatifs que d'affirmer un attachement à des pratiques, des croyances et des valeurs d'un groupe social défini¹⁸¹. Elles expliquent que beaucoup de femmes s'identifient à

l'idée de l'acceptation corporelle sans toutefois avoir pleinement renoncé aux diètes : « A belief in weight loss prevents many people from joining the cause, as this keeps alive the hope that exiting the fat category is possible »¹⁸¹ (p.71).

RESUME DE LA RECENSION DES ECRITS

Les études recensées portant sur l'alimentation intuitive analysaient peu la renégociation identitaire et la gestion du stigmat alors que les études portant davantage sur l'acceptation corporelle abordaient peu les changements au niveau des pratiques en lien avec l'alimentation ou la perte de poids. Les études évoquent en revanche que ces deux processus sont liés puisque les participants mentionnaient des changements au niveau des pratiques dans les études sur la renégociation identitaire et mentionnaient des changements par rapport à leur perspective des normes sociales et d'eux-mêmes dans les études sur l'alimentation intuitive. L'étude des changements dans les pratiques et dans les représentations permettrait de mieux comprendre comment s'articulent et se contextualisent ces processus.

Dans l'ensemble des écrits recensés, peu de liens ont été effectués avec le contexte socioéconomique des participants. Dans leur revue systématique, Brown et Gould ont noté que le fait que le statut socioéconomique n'apparaisse pas comme un déterminant important du processus de prise de décision par rapport au contrôle du poids pourrait être surtout attribuable au fait que les études recensées y ont accordé peu d'importance¹⁷². Les écrits scientifiques sont, en effet, limités par le fait que dans les études publiées sur cet enjeu, les femmes sont surreprésentées par rapport aux hommes (rapport de 4:1 dans les études recensées par Brown et Gould) et que ces études incluent principalement des personnes bien nanties¹⁷². Des études sur l'applicabilité de

l'alimentation intuitive ou consciente ont été réalisées auprès de participants de certains groupes comme les immigrants latino-américains, les Afro-Américains ayant le diabète de type 2 et de participants vivant en milieu défavorisé, mais peu d'explications ont été proposées pour comprendre comment les conditions de vie affectent le processus de transition vers l'alimentation intuitive. Par ailleurs, le modèle proposé par Leske et coll. et les trajectoires types proposées par Bombak et Monaghan n'intègrent pas les inégalités sociales et n'illustrent pas les manières dont les conditions socioéconomiques influencent les stratégies de régulation de la prise alimentaire et le rapport au corps^{79,80,171}.

Les inégalités socioéconomiques sont également généralement peu abordées dans les *fat studies* ou dans les études portant sur les renégociations identitaires liées au poids. Les inégalités sociales de santé sont souvent mentionnées comme un déterminant du gain de poids, mais peu abordées lorsqu'on parle d'acceptation de soi. Certains auteurs critiquent le fait que les études sur la gestion du stigmaté ne tiennent pas compte des structures macrosociales⁴⁶. Il serait donc pertinent d'aborder les thèmes proposés dans ces études et de les intégrer dans un modèle qui les relie au contexte socioéconomique. La perspective réaliste critique pourrait permettre d'intégrer ces différentes perspectives.

PERSPECTIVE EPISTEMOLOGIQUE

L'expérience vécue des pratiques alimentaires en lien avec le contrôle du statut pondéral et la santé est liée à des schèmes cognitifs qui sont socialement construits et qui diffèrent selon certaines caractéristiques (par exemple, le sexe, le genre, l'âge, le poids corporel, l'état de santé et le statut socioéconomique). Afin de rendre compte de la manière dont les structures précèdent les individus et dont les individus évoluent à travers celles-ci, ce projet de thèse s'inscrit dans une perspective réaliste critique. Cette perspective permet de mettre en lumière les tensions entre l'agentivité et la structure^{182,183}. Le réalisme critique rejette notamment la causalité linéaire des phénomènes sociaux et tente plutôt de décrire les mondes sociaux où les leviers de changement sont multiples¹⁸⁴. Cette perspective se distingue du paradigme positiviste notamment en ne cherchant pas de mécanisme déterministe de cause à effet, mais plutôt des contextes d'émergence. Selon cette perspective, les pratiques individuelles sont donc influencées et non déterminées par les structures sociales¹⁸³.

Dans l'épistémologie réaliste critique, la description accessible de la réalité demeure médiée par le langage, la construction de sens et le contexte social^{185,186}. La perspective réaliste critique se distingue toutefois de l'approche constructionniste par la reconnaissance que certaines contraintes matérielles (ou éléments non discursifs) influencent les constructions sociales en rendant les contextes plus ou moins favorables à certaines constructions discursives par rapport à d'autres : « Discursive and material conditions thus form and constrain the social constructions that structure the way we understand ourselves. »¹⁸⁷ (p.107). L'analyse des écrits existants permet de faire ressortir certaines hypothèses notamment sur les structures qui influencent les trajectoires des

pratiques et des représentations, mais révèle également un manque de théorisation sur les manières dont elles influencent ces trajectoires et interagissent avec les déterminants psychologiques.

L'état de santé, l'âge, le sexe, le genre et les ressources socioéconomiques sont autant de facteurs qui peuvent influencer le sens que donne une personne au poids corporel et à l'alimentation. Le statut socioéconomique, par exemple, peut limiter la possibilité de faire des choix en ne fournissant pas un environnement favorable à l'alimentation intuitive¹⁸⁸. Notamment, dans un environnement qui favorise la surconsommation alimentaire, percevoir les signaux internes de faim et de satiété peut s'avérer plus difficile et le contrôle cognitif restrictif peut être perçu comme une stratégie plus accessible et potentiellement efficace¹⁸⁹. Le sentiment d'auto-efficacité semble effectivement associé aux comportements non-restrictifs¹⁷¹. Il est donc possible que ces stratégies aient un sens différent en fonction de certaines ressources matérielles. Il apparaît essentiel, pour parvenir à les expliquer, de considérer les trajectoires individuelles des pratiques et des représentations dans le contexte matériel également :

« By locating people in their material world, critical realism addresses the relationship between discourse and materiality, and is a position that we feel can allow a more ethical analysis in the sense that we do justice to the lived experience of our participants' lives by situating participants' sense-making in the materiality that they have to negotiate and manage. »¹⁸⁷ (p.118).

Cette perspective implique de porter non seulement attention aux liens entre les pratiques individuelles et le contexte social, mais aussi à la manière dont ce contexte influence les

changements des pratiques et des représentations liées au poids corporel au fil des années. Une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée semble la méthodologie la mieux adaptée pour détailler ce processus.

METHODOLOGIE

Devis qualitatif

Compte tenu du peu de connaissances scientifiques sur le processus de transition des diètes restrictives vers l'alimentation intuitive, une approche qualitative a été choisie afin de dresser un portrait de la diversité des perspectives et des trajectoires et d'explorer les différences et les schèmes dans la perspective des personnes¹⁹⁰. L'approche qualitative permet un processus inductif de production de connaissances et permet ainsi d'accéder à une compréhension des processus sociaux complexes¹⁹¹. Cette approche permet également de comprendre comment les personnes attachent un sens à leurs pratiques¹⁹¹. Plusieurs études sur l'efficacité des programmes favorisant l'alimentation intuitive auprès des personnes qui sont très préoccupées par leur poids ne tiennent pas compte du contexte social des participants. Il en va de même pour les études observationnelles qui relient l'alimentation restrictive ou intuitive à différents indicateurs de santé et à différents déterminants psychologiques. La recherche qualitative permet de cerner le sens des phénomènes et les cadres structurants qui les entourent¹⁹². Ainsi, le choix d'une approche qualitative favorise une meilleure compréhension de l'applicabilité des stratégies de contrôle alimentaire aux conditions de vie des individus¹⁹³.

Il est également souhaitable, pour des raisons éthiques, de redonner une voix aux personnes concernées par les problématiques étudiées. La recherche qualitative comporte une dimension morale puisqu'elle peut s'investir du devoir de recueillir le point de vue des minorités et des gens défavorisés¹⁹⁴. Le poids et le statut socioéconomique sont souvent l'objet de stigmatisation sociale¹⁹⁵. La moralisation des enjeux liés au poids corporel a été décriée par plusieurs chercheurs, professionnels de la santé et militants dans la mesure où les approches de santé sont souvent

perçues comme moralistes et paternalistes^{102,125}. Conséquemment, il existe un réel besoin d'aborder ces enjeux avec des méthodes qualitatives qui mettent les préoccupations individuelles au premier plan.

Théorisation ancrée

La méthodologie du projet s'inspire de la théorisation ancrée telle que décrite par Corbin et Strauss en 2014¹⁹⁶. La théorisation ancrée vise à produire une nouvelle conception des phénomènes sociaux à travers un processus simultané de collecte de matériel empirique et d'analyse¹⁹⁷. Cette méthodologie peut être utilisée à travers différentes perspectives théoriques¹⁹⁷. Selon Carolyn Oliver, l'utilisation de la théorie ancrée dans une perspective réaliste critique permet d'examiner à la fois un événement et le sens qui lui est attribué, d'examiner le matériel avec des concepts analytiques permettant de mettre en lumière les mécanismes génératifs et d'aspirer à un impact émancipatoire plutôt que de viser des buts principalement descriptifs¹⁸⁴. Ainsi, cela s'inscrit dans la continuité de la dimension éthique soulevée précédemment.

La théorisation ancrée nous a amenés à proposer de nouvelles conceptualisations des pratiques amaigrissantes et de l'abandon de celles-ci. La théorisation ancrée dans une perspective réaliste critique permet d'expliquer la trajectoire individuelle en tenant compte du contexte dans lequel les gens créent, reproduisent ou remettent en question leurs pratiques et le sens attribué à celles-ci¹⁸⁴.

« Though contextual factors or conditions don't determine action and interaction, they can explain why events occur and give insight into the factors that facilitate or constrain the ability to act under certain circumstances. Process denotes adaptive changes that occur in

action and interaction must be tied back to conditions and the meanings given to events. »¹⁹⁶
(p.179)

Échantillonnage et recrutement

Afin de comprendre comment le contexte affecte les trajectoires des participants, l'échantillon a été contrasté à partir de critères socioéconomiques et théoriques. Ce type d'échantillonnage permet d'effectuer des comparaisons constantes entre les trajectoires des participants¹⁹⁸. Afin de brosser un portrait de la diversité des trajectoires, le principal critère théorique qui a guidé le recrutement était le cheminement et la relation actuelle avec le poids corporel et les pratiques liées à l'alimentation. Tous les participants devaient avoir un historique de diètes amaigrissantes répétées sans avoir obtenu de perte de poids durable (minimum quatre épisodes) afin de recruter des personnes pour qui ces pratiques ont eu une réelle importance au cours de leur trajectoire de vie.

Des critères d'âge et d'IMC ont été établis. Les participants recrutés devaient être âgés de plus de 20 ans et avoir un IMC égal ou supérieur à 30,0 kg/m². L'intervalle d'âge sélectionné a permis d'avoir un échantillon constitué de participants appartenant à la population active et dans lequel chaque participant pouvait aussi témoigner de sa situation à travers différents stades de vie (enfance, adolescence, passage à l'âge adulte, ménopause, parentalité s'il y a lieu). L'IMC a été choisi comme critère parce qu'il s'agit de l'indicateur le plus connu et le plus utilisé pour définir le statut pondéral et qu'il peut être aisément estimé à partir de données auto-rapportées. Avoir un IMC égal ou supérieur à 30,0 kg/m² signifie aussi que la personne est considérée comme étant obèse et qu'il est probable que ceci ait été abordé avec des professionnels de la santé. Les principaux critères de diversification de l'échantillon contrasté étaient le sexe, le revenu familial

et le plus haut niveau d'éducation atteint. L'objectif était d'obtenir un échantillon suffisamment hétérogène pour répondre aux questions de recherche et suffisamment homogène pour atteindre une saturation théorique. Les entretiens se sont déroulés en français et les participants résidaient au Québec ou en Ontario.

Le recrutement s'est déroulé en ligne via Facebook de février à septembre 2020. L'invitation a été partagée par des nutritionnistes du Québec et des organismes s'intéressant au sujet puis a été repartagée par des individus via leurs comptes personnels sur une base volontaire. L'échantillon n'entend pas à être généralisable, mais à être représentatif d'un maximum d'expériences vécues.

Collecte de données

Des entretiens semi-dirigés de 90 minutes en moyenne ont été réalisés entre avril et septembre 2020 afin d'explorer l'univers des participants à partir de leurs expériences tout en s'assurant de couvrir les thèmes essentiels liés aux pratiques alimentaires et aux conditions d'existence pour garantir une certaine homogénéité et ainsi faciliter les comparaisons¹⁹⁶. Une copie du guide d'entretien est présentée à l'annexe C. Les entretiens se sont déroulés par téléphone ou par appel vidéo. Durant chaque entretien, la chronologie des stratégies de perte de poids a d'abord été détaillée avec chaque participant et a servi de point de départ à la discussion. L'entretien a ensuite été dirigé dans le but de pouvoir, lors de l'analyse, croiser différentes trajectoires avec celles des stratégies de perte de poids afin de comprendre et de contextualiser les différents moments clés. Les trajectoires des conditions de vie (milieu de vie, emploi, situation familiale), de l'état de santé, du statut pondéral, des attitudes par rapport au poids, à l'alimentation et à la santé ont été explorées

afin de contextualiser les stratégies de perte de poids. Les stratégies de perte de poids ont également été analysées en lien avec le soutien social perçu et les discours auxquels les participants accordaient de l'importance. Les entretiens ont été ajustés afin de détailler, densifier, nuancer ou contredire les concepts et les explications qui ont émergé des premiers entretiens¹⁹⁶.

Analyse des données

Le matériel recueilli a été retranscrit puis analysé à l'aide du logiciel NVivo. La première strate d'analyse était la codification ouverte qui consiste en la création de mémos proposant et définissant des codes ou des concepts afin d'identifier ce qui semble se détacher initialement des données de recherche^{196,199}. On génère ainsi une liste de codes ou de concepts préliminaires associés à des mémos qui documentent les premières interprétations des données. Les concepts ont une portée interprétative : « Le concept ne désigne pas l'incident lui-même, mais ce que cet incident *représente*, ce à quoi il *renvoie* »²⁰⁰. Il vise donc à faire ressortir la forme d'une expérience, le motif d'une interaction ou une dynamique sociale¹⁹⁹.

Au cours de la collecte de données, les événements ont été comparés et regroupés de manière à définir les propriétés du concept et ses variations. Lorsqu'une catégorie semblait pertinente à plusieurs extraits de matériel, un processus dynamique d'élaboration de cette catégorie a été entamé¹⁹⁹. Tout d'abord, la catégorie a été définie et un libellé précis lui a été attribué afin d'identifier le phénomène qu'elle représente¹⁹⁹. Ensuite, il s'agissait d'identifier les propriétés essentielles de cette catégorie⁹². Finalement, les conditions d'existence de cette catégorie, c'est-à-dire les circonstances sous lesquelles le phénomène décrit par la catégorie est rendu possible, ont été spécifiées¹⁹⁹.

À partir de cette étape, la modélisation a commencé à prendre forme. Les catégories ont été créées, définies, modifiées et parfois abandonnées selon les données recueillies¹⁹⁹. Les démarches d'analyse ont été orientées vers la saturation ou l'invalidation (la recherche de cas négatif) de ces catégories¹⁹⁹. À partir des catégories et de leurs conditions d'existence, il était alors possible de débiter une théorisation :

« Le travail d'analyse à l'aide de catégories a d'abord consisté à cerner les phénomènes au milieu des évènements, des expériences et des trajectoires, le travail de mise en relation va viser, à partir de maintenant, à documenter des liens, à compléter l'examen vertical du corpus par une analyse transversale, à déceler, dégager, expliciter, le motif derrière la forme, bref à reconstruire l'évènement, l'expérience, la trajectoire. »¹⁹⁹.

Cette démarche a permis de mieux faire ressortir les similitudes et les nuances du matériel de recherche. Il était alors possible de modéliser le processus afin d'en comprendre ses composantes, ses dimensions et ses relations avec le contexte afin de montrer comment s'articule et se contextualise la trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers l'alimentation intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes.

Des diagrammes ont alors été créés afin d'intégrer les catégories et les concepts. Les diagrammes sont particulièrement utiles à la théorisation puisqu'ils servent à illustrer la complexité, la densité, la clarté et la précision de l'avancement de la théorisation du processus¹⁹⁶. Le schème explicatif a

donc été retravaillé jusqu'à ce que les concepts et les catégories soient intégrés de manière logique et cohérente¹⁹⁶. Le modèle final représente une explication claire du processus sans saut logique¹⁹⁶.

Critères de rigueur

En recherche qualitative, les critères pour évaluer la qualité d'une étude scientifique ne font pas consensus¹⁹⁶. Plusieurs chercheurs préfèrent utiliser les termes rigueur, véracité, crédibilité ou encore intégrité¹⁹⁶. La particularité de la recherche qualitative est de ne pas tenter de diminuer l'aspect subjectif, mais plutôt de le rendre le plus transparent possible. Les trois principales stratégies qui témoignent de la qualité du processus de recherche scientifique de la présente thèse sont les descriptions riches et denses, la recherche de cas divergents ou de preuves invalidantes et les réunions-bilan (debriefings) avec les pairs. Ces stratégies permettent d'assurer que la subjectivité de la chercheuse, des personnes participantes et des pairs soit prise en compte²⁰¹.

Descriptions riches et denses

Les descriptions riches et denses permettent aux lecteurs d'attester de la vraisemblance des analyses et de favoriser leur sentiment de familiarité en donnant l'impression de pouvoir se projeter dans les expériences décrites dans l'étude^{201,202}. Il est recommandé de montrer plutôt que de raconter afin de laisser le lecteur interpréter les expériences décrites²⁰³. Le contexte des personnes participantes ainsi que leur propos ont été rapportés avec précision. Les citations longues, détaillées et contextualisées permettent de bien comprendre l'expérience vécue par les personnes participantes. Elles permettent également aux lecteurs de s'imprégner du ressenti des personnes participantes. Les descriptions riches permettent aussi aux lecteurs d'attester de l'applicabilité des

résultats dans d'autres contextes²⁰¹. Cette stratégie permet de rendre compte de la subjectivité des personnes participantes²⁰¹.

Recherche de cas divergents ou de preuves invalidantes

Revenir constamment aux données pour voir ce qui pourrait invalider une catégorie permet aux chercheurs de ne pas se limiter à leurs premières impressions car les hypothèses temporaires des chercheurs sont constamment confrontées à l'ensemble des données^{201,204}. Les preuves invalidantes ont mené au retrait de certaines catégories temporaires dans le processus. Les cas divergents et les exceptions ont cependant été conservés car ils permettent de mieux définir les catégories^{201,204}. Les expériences n'ont pas seulement été décrites dans l'optique de créer des catégories uniformes et simplistes, mais pour refléter les différences dans les trajectoires. Dans chaque catégorie, les expériences contradictoires ou les nuances dans les expériences ont été rapportées. Ainsi, la théorie proposée représente un phénomène de haut niveau, mais ne raconte pas une seule histoire. Cette stratégie permet de transmettre la rigueur du processus du chercheur²⁰¹.

Réunions-bilan (debriefing)

Les pairs peuvent jouer à l'avocat du diable et remettre en question les interprétations du chercheur ou encore en proposer de nouvelles²⁰¹. Des réunions avec les superviseurs ont eu lieu tout au long de l'analyse et de la rédaction afin que nous puissions confronter nos interprétations des verbatims. Ces réunions ont permis d'approfondir et de confronter les interprétations des expériences rapportées par les personnes participantes. Les résultats de l'analyse ont également été revus par le comité de thèse pour recueillir toute question ou commentaire pouvant suggérer des éléments

manquant de clarté ou de précision. Ce processus permet d'augmenter la crédibilité d'une étude à travers la lentille de réviseurs²⁰¹.

Éthique

Ce projet a obtenu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'Université d'Ottawa avant le début du processus de recrutement afin notamment d'assurer la qualité des mesures prévues au regard de la sécurité et la confidentialité des données et de la gestion de la détresse psychologique exprimée par les participants pendant les entretiens. Ce projet a répondu aux normes de l'ETPC-2 en lien avec le consentement éclairé, la transparence sur les enjeux de la recherche et le droit de se retirer de l'étude à tout moment ou de ne pas répondre à une question sans avoir à se justifier. La confidentialité des participants a été protégée et les organismes et personnes qui ont partagé l'invitation à participer à l'étude ne savent pas qui a finalement participé à l'étude.

RESULTATS - TRAJECTOIRE DES APPROCHES

RESTRICTIVES VERS DES APPROCHES PLUS INTUITIVES

Ce chapitre présente la schématisation des trajectoires vécues par les participants et participantes. Le but de cette analyse est de comprendre comment s'articule et se contextualise la trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers une alimentation plus intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes.

Au total quatorze personnes ont participé à l'étude incluant deux hommes, onze femmes et une personne s'identifiant comme étant queer. Le féminin sera donc utilisé comme genre grammatical dominant pour désigner les participantes. Ces personnes demeuraient au Québec ou en Ontario. Quatre d'entre elles sont nées à l'extérieur du Canada. Les personnes qui ont participé à l'étude avaient entre 26 et 55 ans. Toutes ces personnes avaient poursuivi des études postsecondaires et une seule participante a indiqué vivre sous le seuil de la pauvreté. Sept participantes étaient mères. Le tableau suivant présente certains éléments qui caractérisent la trajectoire de vie des personnes participantes.

Tableau 1: Caractéristiques des participantes et de leur trajectoire de vie

Participant 1	A complété un baccalauréat. Effectue un retour aux études. À vécu des périodes de transition sans emploi. Vit en couple, sans enfant. Homme, 54 ans.
Participant 2	A complété une maîtrise. Vit en couple, sans enfant. Immigrant d'un pays qui a connu une guerre civile. Homme, 38 ans.
Participante 3	A complété une maîtrise. Séparée, a deux enfants. Situation économique plus précaire à la naissance de ses enfants. Femme, 41 ans.

Participant 4	A une formation collégiale. En situation de pauvreté. Victime d'inceste durant l'enfance. Séparée, a trois enfants qui ont quitté le domicile familial, vit seule. Femme, 54 ans.
Participant 5	A complété un baccalauréat. Vit en couple, a deux enfants. Estime ne pas avoir vécu de période financièrement vulnérable. Femme, 43 ans.
Participant 6	A complété une formation collégiale. Séparée, a deux enfants. A vécu de la violence conjugale. S'estime à l'aise financièrement. Femme, 51 ans.
Participant 7	A complété une formation collégiale. Séparée, vit en couple, a deux enfants en garde partagée. A vécu de la précarité d'emploi à certains moments, mais estime avoir toujours été relativement à l'aise financièrement. Habite loin des grands centres urbains. Femme, 32 ans.
Participant 8	A complété une formation collégiale. Vit seule, sans enfant. A vécu un épuisement professionnel. Habite loin des grands centres urbains. Femme, 35 ans.
Participant 9	A complété un baccalauréat. Vit en couple, a un enfant. Immigrante d'un pays stable et développé. A vécu des épisodes dépressifs, présentement en arrêt de travail. Femme, 51 ans.
Participant 10	A complété une maîtrise. Vit en couple, sans enfant. Femme, 34 ans.
Participant 11	A un diplôme de deuxième cycle. Effectue un retour aux études. A grandi dans une famille aux moyens limités. Vit en couple, sans enfant. S'estime à l'aise financièrement. Habite loin des grands centres urbains. Femme 28 ans.
Participant 12	A un diplôme de deuxième cycle. Immigrante ayant vécu de la négligence durant l'enfance. A vécu la pauvreté et brièvement l'itinérance dans un pays en guerre civile. Veuve, sans enfant. À la retraite. Femme 55 ans.
Participant 13	A complété une maîtrise. Vit en couple, a deux enfants. Immigrante d'un pays stable et développé. S'estime à l'aise financièrement. Femme, 45 ans
Participant 14	A complété une formation collégiale. Décrit ses parents comme ayant peu de moyens et d'éducation. A vécu des creux au niveau professionnel et financier. Vit seul, sans enfant. Queer, 38 ans.

Dans la trajectoire, quatre processus ont été identifiés pour former les catégories principales: (1) Problématisation de sa corpulence, (2) Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes, (3) Redéfinition du problème et de ses solutions, et (4) Négociation d'un espace de liberté. La catégorie « Négociation d'un espace de liberté » a été identifiée comme la catégorie principale étant donné qu'elle représente à la fois l'évolution et la confrontation entre les trois autres processus. L'assemblage de ces quatre grandes catégories est présenté dans la section « Modélisation » du présent chapitre.

Figure 1: Schématisation de la trajectoire des personnes rejetant la mentalité des diètes

1. Problématisation de sa corpulence

- 1.1 Problème identifié par les autres
- 1.2 Problème constaté en se comparant aux autres
- 1.3 Internalisation du problème de poids
- 1.4 Évolution de la préoccupation pour le poids

2. Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes

- 2.1 Dynamiques familiales
- 2.2 Tabous au sujet du poids, de l'alimentation et des pratiques amaigrissantes
- 2.3 Stratégies de perte de poids
- 2.4 Cycle des diètes

3. Redéfinition du problème et de ses solutions

- 3.1 Rejet de certaines pratiques restrictives
- 3.2 Découverte d'autres approches
- 3.3 Démarche psychologique

4. Négociation d'un espace de liberté

- 4.1 Se raisonner
- 4.2 Éviter
- 4.3 S'affirmer
- 4.4 S'entourer

La première étape de la trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers une alimentation plus intuitive chez les personnes qui ont adopté plusieurs pratiques de perte de poids restrictives est l'acquisition de la perception que le corps constitue un problème à régler. La deuxième étape est l'identification des stratégies restrictives comme la solution à ce problème et l'expérimentation de différentes stratégies de perte de poids. La troisième étape est la remise en question de la conception du poids corporel en tant que problème à régler ou la remise en question des diètes comme une stratégie saine pour améliorer sa santé ou son bien-être. La quatrième étape est la négociation d'un espace de liberté, c'est-à-dire la mise en place de stratégies pour pouvoir gérer les contradictions entre les différentes normes sociales et les aspirations personnelles des participantes.

1. PROBLÉMATISATION DE SA CORPULENCE

La première étape de la trajectoire des participantes a été d'acquiescer la perception que leur poids était un problème. À l'enfance, plusieurs participantes ont commencé à se percevoir comme étant grosses à la suite de commentaires directs au sujet de leur poids de la part des autres. Vers l'adolescence, c'était plutôt en se comparant aux autres et aux normes véhiculées dans leur environnement social et médiatique qu'elles constataient que leur corps ne correspondait pas au modèle social valorisé. Le fait d'être perçue comme grosse a eu des conséquences sur la vie des participantes ce qui les a amenées à internaliser l'impression que leur poids corporel constitue un problème. Au cours de leur vie adulte, les raisons pour lesquelles leur poids leur paraissait problématique ont évolué, c'est-à-dire qu'au-delà de la silhouette, la santé devenait une préoccupation de plus en plus importante.

Figure 2: Catégorie #1 Problématisation

1.1 Problème identifié par les autres

- 1.1.1 Commentaires au sujet du poids
- 1.1.2 Traitement différentiel en raison du poids
- 1.1.3 Médicalisation du poids

1.2 Problème constaté en se comparant aux autres

1.3 Internalisation d'avoir un problème de poids

1.4 Évolution de la préoccupation pour le poids

1.1 Problème identifié par les autres

Plusieurs participantes ont pris conscience qu'elles étaient grosses (ou perçues comme telles) à la suite de commentaires de certains membres de leur famille, de leurs camarades de classe ou de professionnels de la santé pendant l'enfance. Certaines participantes ont aussi été traitées

différemment par leur entourage en raison de leur poids. Les participantes ont donc dû faire face à un système de jugements véhiculé par l'entourage très tôt dans leur vie.

1.1.1 Commentaires au sujet du poids

Plusieurs participantes ont rapporté avoir été victimes, à différents degrés, de moqueries, d'intimidation ou de harcèlement de la part de leurs pairs à l'école primaire et parfois à l'école secondaire. Pour certaines participantes, les commentaires ne semblaient pas occuper une place prédominante. La participante 10, par exemple, avait l'impression d'être différente de ses pairs et était consciente qu'elle était perçue comme étant moins performante dans les activités sportives. Elle considérait tout de même qu'elle n'avait pas particulièrement été exposée à la culture des diètes et au culte de la minceur dans son enfance. La participante 10 a mentionné que ses parents ne faisaient pas de commentaires sur son poids, mais qu'elle a reçu certains commentaires de sa famille élargie à l'occasion.

« Si je prends du poids, jamais [mes parents] vont me le dire. Je n'ai pas été élevée dans ça, c'est vraiment bien. C'est sûr que les grands-parents, des fois, passent des commentaires, mais plus maintenant là, quand j'étais plus jeune, je les ai plus entendus. »
(participante 10, page 7)

La participante 3 a rapporté avoir reçu des commentaires blessants de la part de camarades de classe. Bien que cela n'ait pas été répétitif et que cela ne soit pas venu de proches, elle explique qu'il faut peu de ces commentaires sporadiques pour être affectée.

« Il y en a définitivement eu [des commentaires sur le poids] et ça en prend pas beaucoup pour te marquer [...]. En rétrospective, j'ai pas été intimidée [...], mais ça prend juste quelques petits commentaires pour te marquer. En tout cas moi, ça m'a marquée. Donc il y en a eu. Est-ce que ça été la cause ? En tout cas, ça a certainement pas amélioré ma

perception du fait qu'il fallait que je me corrige, que je m'améliore ... oui j'ai souvenir de quelques commentaires par rapport à ça d'amies, pas d'amies proches, mais d'élèves que tu côtoies à l'école. » (participante 3, page 6)

Pour d'autres, ces commentaires ont été plus répétitifs, mais seulement à la petite enfance. La participante 7 a rapporté avoir été victime de moqueries qui l'ont affectée au primaire, mais que cela n'était plus présent au secondaire.

« Sinon des taquineries à l'école aussi, des surnoms, des choses comme ça par rapport à mon poids. Donc oui c'est assez jeune [qu'elle a pris conscience que son poids pouvait représenter un problème], vers 9 ans je dirais. » (participante 7, page1)

Les participantes avaient tendance à vouloir se retirer de ces situations et à tendre vers l'introversion dans les périodes où les moqueries étaient fréquentes. Pour certaines, les commentaires dégradants au sujet de leur poids étaient plus fréquents et se sont répétés dans le temps. La participante 9 a rapporté que les commentaires répétitifs de la part des camarades à l'école se sont poursuivis à l'adolescence, dans les cours d'éducation physique notamment et que cela l'a parfois amenée à se retirer socialement. La participante 8 pour sa part a raconté avoir été victime de harcèlement de la part de son frère de l'enfance jusqu'à l'âge adulte bien que son poids n'ait pas été abordé par ses pairs à l'école. La participante 12 a rapporté avoir reçu de nombreuses moqueries de camarades, mais aussi un rejet de la part de son père en raison de son poids.

« Alors ça commencé dès le plus jeune âge, c'est-à-dire je vous dirais au primaire vers 6-7 ans déjà, j'étais une petite boulotte. J'étais juste une boulotte quoi j'étais pas énorme énorme, mais juste boulotte. J'ai reçu pas mal de commentaires, tous les camarades m'appelaient grosse patate, c'était pas très agréable. [...] "Petite boulotte", "grosse patate", j'étais assez solitaire du coup, je parlais pas beaucoup, j'étais pas bien quoi déjà. » (participante 9, page 1)

« Mon frère déjà à partir de l'âge 7-8-9 ans, il me traitait de grosse à tous les jours. Il pouvait passer dans maison et juste monter les escaliers, j'étais dans le salon puis "ah t'es grosse" [...] et ça a été comme ça au quotidien pendant des années. C'est sûr qu'à un moment donné en arrivant à l'adolescence, bien on a des préoccupations et à se faire dire ça à tous les jours, ça bien beau venir de mon frère, mais ça m'a rentré dans la tête. » (participante 8, page 1)

« Bien c'était à l'école, je mesurais 4 pieds 8 et que je pesais 134-138 livres donc j'étais rondelette [...], puis on me traitait d'*Orangina*, vous savez les bouteilles d'*Orangina* [...] puis ça me complexait parce que plus on me traitait d'*Orangina*, plus je me regardais les hanches, je me disais que je ressemblais à ça. » (participante 12, page 1)

« À 17 ans [...] mon papa voulait que je me marie, chez nous les mariages étaient arrangés donc il a fait le tour [...] pour chercher un conjoint et tout le monde a dit non, elle est trop petite, elle est trop grasse, elle a trop de cheveux, elle va pas faire de beaux enfants, je veux pas une femme comme ça. Donc mon père est venu à la maison très découragé et il m'a dit : "Je pense que tu es laide. Je ne te trouve pas de mari, tu vas être un fardeau pour moi pour le reste de ta vie." » (participante 12, page 1)

Parmi les participants de sexe masculin, un seul a raconté avoir eu conscience d'être perçu comme étant gros durant l'enfance. Le participant 14 a expliqué que les autres enfants valorisaient sa force dans certains contextes alors qu'à l'adolescence la perception des autres de son poids lui semblait entièrement négative.

« Je dirais au primaire, pas nécessairement... des fois c'était plus dans un sens j'étais gros donc j'étais fort, je me souviens qu'on jouait par exemple au "roi de la montagne", bien ça me donnait un avantage Ça fait que à ce moment-là, on me taquinait bien plus dans le sens, j'étais difficile à tasser, ça fait que des fois c'était pas nécessairement négatif, mais plus je vieillissais et plus ça devenait négatif et plus il y a eu des moments humiliants, plus c'est devenu dans les insultes et à partir du secondaire ça été pas mal juste ça en fait, donc je dirais au primaire ça a évolué selon les années, mais ça a vite tombé en seulement que du négatif en fait. » (participant 14, page 1)

Au fil des années, les participantes ont pu prendre plus de distance par rapport aux pressions familiales. Les commentaires de la famille ne se sont toutefois pas nécessairement arrêtés au

moment où les participantes ont quitté leur milieu familial. La participante 8, par exemple, a mentionné avoir reçu plusieurs commentaires tels que « Oh tu as engraisé » de la part de sa mère lorsqu'elle était adulte. D'autres participantes, comme la participante 9, sentaient une pression de la part des parents qui provenaient parfois d'une forme de culpabilité.

« Ma mère [...], je la sentais malheureuse de nous voir comme ça et un peu coupable et moi ce que je disais tout le temps à ma maman c'était : "tu as été effectivement, un peu responsable quand on était enfant, tu as un peu raté une coche sur la transmission de c'est quoi manger, mais par contre après c'est notre problème à nous, on est devenu des adultes et voilà c'est plus ta faute quoi" [...]. Mais elle était triste pour nous en fait, mais comme je vous dis maintenant on discute plus du tout. » (participante 9, page 10)

Le participant 2 a aussi mentionné avoir reçu des commentaires des membres de sa famille au sujet de son poids à l'âge adulte. Il a mentionné que les autres membres de sa famille étaient préoccupés par leur poids et réussissaient à le gérer car ils étaient, selon lui, plus rigoureux.

« C'est juste différent, ils prennent soin et *that's it*. Et ils sont rigoureux, plus que moi. » (participant 2, page 5)

Il a affirmé que leurs remarques l'affectaient au début, mais que présentement, au moment de l'entretien, il tentait de ne pas s'en faire avec ces commentaires.

« Ben au début oui, mais maintenant, ça fait un bout de temps tu sais, tu laisses tomber. » (participant 2, page 5)

L'impression de ne pas pouvoir s'intégrer à cause de son poids a persisté chez plusieurs participantes, particulièrement chez la participante 12 qui a subi beaucoup de discrimination en raison de son poids. Après avoir vécu l'itinérance dans un pays en guerre, cette participante a été

hébergée par sa sœur qui lui réitérait qu'elle devait absolument maigrir. Ces commentaires s'inscrivaient dans la continuité des commentaires de ceux de son père qui affirmait qu'elle ne pourrait pas s'intégrer socialement si elle ne perdait pas de poids. Le respect de sa famille semblait conditionnel à ce qu'elle contrôle son poids.

« J'étais en sécurité, pas de guerre, pas de manque de nourriture, mais j'étais avec une sœur qui, c'était épreuve après épreuve, j'étais avec une sœur qui me comparait toujours avec les danseuses de claquette irlandaises qui sont minces et qui sont sveltes et elle disait : "regardez comment est-ce qu'elles sont minces et puis toi euh tu es grasse, il faut que tu maigrisses, il faut que tu maigrisses parce que c'est pas joli à voir" et ça été deux ans qu'elle me faisait ce discours-là. Je continuais, j'ai recommencé les régimes parce que là je me suis dit, il faut que je maigrisse si ma sœur, si je veux être aimée par ma sœur, si je veux que ma sœur soit fière de moi, il faut que je maigrisse, il faut que je reste mince. » (participante 12, page 4)

Les commentaires, qu'ils aient été ponctuels ou répétés, ont donc laissé des séquelles à long terme. Certaines participantes ont raconté que les commentaires n'ont pas toujours eu un effet instantané sur leur perception d'elles-mêmes, mais que la culpabilité s'est installée avec le temps. La participante 11, par exemple, a expliqué que sa première réaction lorsqu'elle a reçu des commentaires sur son poids fut d'en rire, mais que vers la fin de l'adolescence, la culpabilité s'est enracinée.

« Au début j'étais en opposition je dirais dans le sens où je m'en foutais et je trouvais juste ça drôle, mais avec le temps je pense que les mots ont juste commencé à toujours s'enraciner puis la culpabilité est plus arrivée vers l'âge de 16-17 ans. » (participante 11, page 1)

La participante 8 a expliqué que recevoir des moqueries de son frère était considéré par certaines personnes autour d'elle comme quelque chose de normal ou d'attendu alors qu'en réalité recevoir ces remarques sur une base quasi quotidienne durant l'enfance et l'adolescence, des étapes

charnières du développement de l'identité, a profondément affecté sa perception d'elle-même. D'autres participantes estimaient aussi qu'elles portaient encore les cicatrices des commentaires sur leur poids reçus durant l'enfance et l'adolescence.

« Il [mon frère] me traite plus de grosse là on s'entend, mais on a pas une relation extraordinaire, on se croise chez les parents et c'est correct mais on se parle pas plus qu'il faut pis ça a toujours resté malheureusement, moi je suis profondément blessée de ça, je le sais que ça m'a marquée malheureusement parce que ça été la répétition sur des années, ça m'a marquée énormément et je sais que dans ce que je vis présentement... ça repart de ça entre autres... » (participante 8, page 16)

« Je suis en paix par rapport à eux [mes parents], mais ça veut pas dire que tous les trucs de mon enfance sont réglés. » (participant 14, page 13)

Ainsi, les commentaires reçus durant l'enfance ont marqué les participantes et cela semble avoir engendré des complexes et de l'anxiété chez certaines d'entre-elles. Les participantes qui ont continué de recevoir des commentaires à l'âge adulte ont raconté être parvenues à prendre plus de distance par rapport à chaque commentaire individuel, mais que la répétition de ceux-ci était écrasante.

« Des fois, c'est du monde dans la rue qui te lâche des *call*, je pense que ça a juste jamais arrêté, les commentaires sur Internet aussi. Bon vu que je fais une job qui est publique, des fois il y des gens qui au lieu de répondre à ce que j'écris ou ce que je dis ben ils vont faire un commentaire sur mon corps [...]. Je le compare souvent au supplice de la goutte d'eau, chaque goutte d'eau en fait, c'est pas grand-chose mais sur un an quand t'es rendu à 50-60 gouttes d'eau ben à un moment bon ça fait, c'est l'espèce de compilation qui finit par faire son effet. Aussi, je l'ai vu souvent dans des regards de collègues ou d'employeurs : tu te présentes en entrevue et la façon qu'ils te regardent, tu le sens dans le regard que la personne te juge parce que tu es gros. Des fois, en discutant à un repas, on discute de plein air ou de vélo et moi je leur dis : "ah moi je fais du vélo à tous les jours, je fais du transport actif pour me déplacer" et tu vois dans leur regard "ah ouin toi ?" » (participant 14, page 9)

Plusieurs participantes ont ainsi pris conscience qu'elles étaient perçues comme étant grosses à la suite de commentaires émis par l'entourage durant l'enfance ou l'adolescence. Dans plusieurs cas, ces commentaires se sont poursuivis à l'âge adulte et ont donc contribué à maintenir l'impression que leur poids corporel constituait un problème même si ces commentaires semblaient moins intenses et moins déterminants. Pour plusieurs participantes, il était difficile d'oublier que leur poids était problématique aux yeux de certaines personnes autour d'elles. Celles-ci le leur faisaient comprendre à travers leur propos mais aussi, parfois, en les traitant de manière différente.

1.1.2 Traitement différentiel en raison du poids

Certaines participantes ont reçu un traitement différent en raison de leur poids. Ce traitement différentiel a entraîné des répercussions d'ampleur variable sur leur vie. La participante 3, notamment, a senti qu'elle devait cacher davantage son corps que sa sœur plus mince. Son père, par exemple, ne voulait pas qu'elle circule autour de la maison en maillot de bain au cas où elle serait vue par des voisins ou des passants. Elle devait donc se soucier également du regard des inconnus qui avaient le potentiel de juger ou d'être dérangés par son corps.

« Moi j'étais plus ronde, ça c'est clair et ma sœur est pas faite comme moi du tout, euh fait que mettons moi j'avais pas le droit de me promener en maillot de bain dehors alentour de la maison ou genre j'avais le droit dans la piscine, mais sinon fallait que j'aie m'habiller.»
(participante 3, page 3)

Le participant 14 a pour sa part raconté qu'il lui était plus difficile de renouveler sa prescription pour l'asthme en raison de son poids. Même s'il parvenait à la renouveler, il devait parfois se justifier.

« Je suis allé pour renouveler justement mes prescriptions de mes deux pompes pour l'asthme là, [...] c'était pas mon médecin habituel [...] et là le médecin a vraiment remis en doute : "ah mais toi c'est juste, c'est un asthme à l'essoufflement là". C'était clairement dû à mon poids selon ce médecin-là [...] c'était pas parce que je faisais de l'exercice ou je veux dire mon asthme est brutal et il l'est peu importe mon poids. Ça, c'est arrivé quelques fois. » (participant 14, page 20)

Pour d'autres participantes, les conséquences de ne pas avoir un corps qui correspond aux attentes de l'entourage ont eu des répercussions plus directes et violentes. La perception des autres du poids de la participante 12 vers la fin de son adolescence ont empêché cette dernière de s'émanciper de son milieu familial où elle était maltraitée. Selon son père, elle aurait dû être mariée dans son pays d'origine à l'âge de 17 ans si cela n'avait pas été de son poids. Ces commentaires, le manque d'autonomie et la négligence qui ont suivi ont engendré chez elle le besoin de quitter son pays et d'accepter un emploi peu rémunéré dans un pays en guerre à l'âge de 18 ans.

« J'ai terminé mon cégep et puis j'ai quitté [mon pays], j'avais 18 ans et demi. Donc à recevoir ce genre de commentaires, je veux quitter le pays. Il y avait une agence qui venait [dans mon pays] pour embaucher des bonnes à tout faire pour aller au Liban. » (participante 12, page 1)

Ainsi, la participante 12 a jugé qu'accepter un emploi ardu avec un maigre salaire dans un pays en guerre était préférable à l'option de rester et de subir les jugements et le rejet de son père dans son pays d'origine. Cela témoigne du degré de violence vécue et de la toxicité des perceptions et des normes dominantes.

Le caractère problématique attribué au poids des participantes n'était donc pas seulement perceptible à travers les commentaires des autres, mais se reflétait aussi dans les actions des autres à leur égard. La perception que les gens avaient du poids des participantes pouvait ainsi affecter

l'acceptabilité sociale de leurs comportements, l'attention et la crédibilité qui leur étaient attribuées et les opportunités s'offrant à elles.

1.1.3 Médicalisation du poids

Certaines participantes ont rencontré un professionnel de la santé durant l'enfance ou l'adolescence qui a abordé avec elles la question du poids. Bien qu'elles aient gardé un souvenir vague des recommandations émises à l'époque, leurs souvenirs tendaient à être négatifs. Ces rencontres ont consolidé l'idée que leur poids était non seulement excédentaire, mais qu'il était aussi un problème à corriger. Des rencontres avec un médecin de famille ou un pédiatre, par exemple, ont été marquantes dans la prise de conscience d'avoir *un problème* ou de ne pas s'inscrire dans les normes médicales acceptables.

« Je me rappelle pas quel âge j'avais, mais je me rappelle d'être revenue d'un rendez-vous chez le pédiatre avec ma mère, on rentre chez ma grand-mère et ma mère pleure parce que le pédiatre lui a dit que j'étais obèse. » (participante 3, page 1)

« C'était un vieux médecin de famille *old school* et il faisait la règle d'IMC, je cotais surpoids, mais il prenait pas en considération que je m'entraînais 20 ou 25 heures par semaine et tout ça. Ma mère était là à ce rendez-vous-là et il m'avait dit que je devrais perdre du poids parce que j'étais pas dans mon poids santé [...] je pense que c'est un élément aussi qui a quand même contribué dans le fond, au fait que je me sente coupable par rapport au poids que j'avais à l'époque. » (participante 11, page 12)

Certaines participantes ont aussi rencontré d'autres professionnels dans le but précisément de gérer leur poids et ces expériences ont donné l'impression aux participantes d'être prises en faute.

« Je me souviens que très jeune, j'avais rencontré une nutritionniste avec ma mère. Je sais pas qu'est-ce que ma mère avait gardé de ce moment-là, pour moi c'était juste un moment

pénible et humiliant. Ça m'a tenu loin des nutritionnistes pendant longtemps. » (participant 14, page 3)

« J'ai commencé à avoir du surplus de poids vers l'âge de 10 ans. Mon médecin de famille à l'époque, j'étais en sixième année, m'a mise à la diète. Avec le recul, j'avais pas si un énorme surplus de poids que ça. Elle m'a mis avec une diététicienne et un groupe psychologique là, thérapie de groupe genre avec des jeunes dans ma situation. » (participante 6, page 1)

Les discours médicaux étaient aussi relayés en dehors des services de santé. La participante 7 a raconté que la prise de mesures anthropométriques au cégep l'a également encouragée à se préoccuper de son poids.

« C'est quand j'étais au cégep là, en éducation physique au cégep, on se pesait, on prenait le pli adipeux pour connaître le pourcentage de gras... Ça fait que là, ça m'a comme remis mon surpoids mettons dans la face, et faut dire qu'au cégep j'étais pas un gros surpoids, j'avais peut-être un IMC euh, limite, là. » (participante 7, page 3)

Les commentaires des professionnels de la santé ont donc contribué à ce que les participantes comprennent que leur poids était préoccupant, mais aussi à ce que les parents perçoivent le poids de leur enfant comme un problème qui devait être réglé. Les participantes ont donc été confrontées dès un très jeune âge à un ensemble de discours, de pratiques et d'attitudes dont le contenu convergait vers l'identification de leur poids excédentaire comme un enjeu à éliminer. Les commentaires pouvaient provenir de l'environnement familial, des pairs ou des professionnels de la santé. Les messages véhiculés n'étaient pas exclusifs à un contexte, un lieu, une période ou une catégorie de personnes spécifiques. Les messages formels provenant du corps médical et les messages informels provenant des relations sociales des participantes concordaient, ce qui les consolidaient. Les discours de santé et la stigmatisation du poids dans l'environnement des participantes ont donc amené les participantes à comprendre que leur poids était un problème pour

leur santé physique et sociale. Pour certaines participantes, les commentaires ont diminué au passage à l'adolescence ou à l'âge adulte, mais l'identité complexée ou déficitaire acquise durant cette période est demeurée.

Bien que les participantes ayant reçu des commentaires au sujet de leur poids durant l'enfance et l'adolescence aient témoigné de l'impact négatif que cela a eu sur elles, les remarques des autres sur leur poids ne semblent pas, cependant, avoir été la seule raison pour laquelle les participantes étaient inconfortables avec leur poids. Le sentiment d'avoir un corps inapproprié découlait aussi des normes sociales que les participantes percevaient autour d'elles qui imprégnaient certains milieux familiaux, scolaires, sportifs ou autres.

1.2 Problème constaté en se comparant aux autres

À l'adolescence principalement, les comparaisons avec les autres ou avec les normes sociales ont mené certaines participantes à prendre conscience de leur différence et à attribuer certaines de leurs difficultés à leur poids. Les participantes recevaient généralement moins de commentaires directs au sujet de leur poids durant cette phase de leur vie, mais elles avaient toujours en mémoire les commentaires reçus plus jeunes et en avaient conservé l'impression de ne pas correspondre à certaines normes sociales. Les participantes ont donc pris la pleine mesure des normes sociales présentes dans leurs milieux de vie au cours de l'adolescence.

« Quand j'étais jeune, j'étais toujours la [...] plus grosse, la moins en forme, la dernière à être choisie partout. » (participante 10, page 1)

« Au secondaire, j'avais plus vraiment de commentaires d'enfant. Je pense que j'étais quand même quelqu'un qui avait une bonne personnalité aussi, qui s'affirmait, donc ça été

plus au primaire que j'ai eu des commentaires. J'en avais plus, mais c'était plus moi. Aussi, j'étais une adolescente qui regardait beaucoup des magazines, tu sais, veut, veut pas, je me comparais à ce que je voyais partout donc c'était peut-être plus ça aussi, ce à quoi je pouvais me comparer dans le fond, de le voir autour de moi que j'étais pas pareille puis un peu penser que j'étais pas correcte dans ce que j'étais donc qu'il fallait que je change. C'est un peu ça, c'était ça le déclencheur-là qui fait que là, on commençait des initiatives [de perte de poids]. » (participante 7, page 2)

Plusieurs participantes ont notamment rapporté que leur poids a été une source d'insécurité alors qu'elles commençaient à s'intéresser à la possibilité de développer des relations amoureuses ou intimes et que cela a accru leur désir de maigrir à l'adolescence.

« À l'entrée au secondaire, on veut être populaire et tout le monde commence à avoir des chums et là bien, tu es la seule qui en a pas donc c'est sûr que ça a vraiment... Le besoin d'être aimée et tout le kit, par nos amis ça, c'est une affaire, j'avais beaucoup de facilité à me faire des amis. Le problème que j'avais c'est que je voulais des chums aussi [...]. Bien j'étais convaincue que c'était ça, parce que toutes mes amies avaient [des chums], toutes mes amis étaient minces et j'ai commencé à perdre du poids en secondaire 1 et 2 et en secondaire 3 je me suis fait un chum. J'avais un chum comme tout le monde (rit) fait que ça a juste renforcé l'idée. » (participante 5, page 1)

« En secondaire un, où tu sais là, tu commences les petits gars et tout ça, il y a un gars, je pense que ça été un gros gros, gros blocage pour moi. Il y a un gars qui m'a montré...un certain intérêt, évidemment ma perception c'est qu'il m'a niaisée et que finalement il voulait rien savoir de moi et j'ai fait l'équation, bien il m'a niaisée parce que je suis en surpoids. » (participante 6, page 12)

La participante 8 a expliqué que même si ses pairs, contrairement à son frère, n'ont jamais directement pointé du doigt son poids, elle était insatisfaite de celui-ci et elle s'est mise à vouloir le corriger à l'adolescence.

« J'ai jamais eu de problème... de harcèlement ou problème par rapport au poids, en étant à la polyvalente en tout cas il y a personne qui m'a écœurée là-dessus, je n'aimais pas mon corps plus parce qu'il reste que j'ai fait un régime à 16 ans, fait que j'aimais pas plus mon corps et j'avais un surplus de poids à un moment donné, mais j'ai pas ressenti de mes

collègues, de mes pairs une problématique, je me souviens pas en tout cas d'avoir ressenti une problématique de ce côté-là. » (participante 8, page 17)

La participante 11 considère que le fait d'être entourée de personnes particulièrement sveltes et athlétiques l'a amenée à se comparer à des standards encore plus restreints que ceux généralement présents dans la société.

« Plus le fait d'avoir le sentiment de comme pas cadrer dans les standards de la société justement, d'être considérée en surpoids athlétique, parce que, exemple, je pesais 115 livres, mais en sport étude pour des gens athlétiques et selon ma dépense énergétique, c'était comme un surplus de poids mais pour, la société normale ça aurait été correct [...]. Tu sais quand on faisait nos tests justement de mesures anthropométriques, on était toutes en même temps dans le même local et il avait pas nécessairement de notion d'intimité, ça fait qu'il y avait la comparaison nécessairement, tu savais les données de l'autre et l'autre savait tes données et ainsi de suite là. » (participante 11, page 1)

La participante 9 a raconté qu'elle a commencé à comprendre les messages de santé reçus plus tôt à partir du moment où elle a commencé à s'intéresser aux garçons dans une optique de séduction. Il semble que le fait d'accorder de l'importance aux regards des autres l'a amenée à considérer d'autres facteurs comme la santé pour justifier l'importance de contrôler son poids. L'argument de la santé n'était, cependant, pas pertinent à ses yeux avant qu'elle ne se préoccupe de son apparence physique.

« Quand j'ai grandi, quand j'ai commencé à me former, que j'ai commencé un peu les garçons tout ça, bon je comprenais bien le message de ma santé quand même, c'est à ce moment-là que je comprenais que, si je voulais changer de corps, il fallait vraiment que je fasse quelque chose. » (participante 9, page 3)

Les participantes ont commencé à associer le poids corporel à la capacité à répondre aux attentes sociales comme celle d'avoir un amoureux ou une amoureuse. Les participantes percevaient que

se trouver un amoureux ou uneoureuse était un signe de réussite et donc un élément important pour être heureuses. En associant cette incapacité perçue à leur poids, elles ont aussi, d'une certaine manière, associé leur poids à leur capacité à accéder à la conception du bonheur qu'elles avaient à l'époque selon les normes socio-identitaires en vigueur.

Pour certaines participantes, l'impression que le corps était un problème est apparu seulement à l'âge adulte, mais le processus de comparaison était similaire à celui vécu à un plus jeune âge par d'autres participantes bien qu'il ait eu lieu à une période moins charnière du développement identitaire. Comme d'autres participantes l'ont fait à l'adolescence, la participante 10 a commencé à vouloir perdre du poids au début de la vingtaine car elle croyait que son poids était une barrière au développement des relations amoureuses et qu'elle voyait plusieurs de ses amies s'imposer elles-mêmes des restrictions alimentaires alors qu'elles étaient minces.

« J'avais pas de chum, mes amies avaient des chums. Je percevais que c'était vraiment à cause du poids, je me sentais pas bien par rapport à moi-même parce que justement, je mettais beaucoup ça sur le poids. Puis aussi parce que, toutes mes amies étaient vraiment petites, étaient vraiment minces puis elles-mêmes dans le fond, prenaient soin si on veut entre guillemets de leur alimentation et elles se mettaient elles-mêmes des restrictions alimentaires. Je le voyais un peu, l'effet que ça faisait et je voulais moi aussi perdre du poids pour, dans ma tête, à ce moment-là je pensais que j'allais pouvoir arriver à leur poids. » (participante 10, page 2)

Le participant 1 et le participant 2 n'étaient pas particulièrement préoccupés par leur poids durant l'enfance et l'adolescence et ont commencé à prendre plus de poids au début de l'âge adulte. Le participant 2 a associé sa prise de poids aux habitudes alimentaires liées à sa vie sociale d'étudiant. Le participant 1 a affirmé quant à lui qu'il était précédemment sportif et avait un travail dans lequel il devait être physiquement actif, donc il ne gagnait pas de poids. Lorsqu'il a changé d'emploi, il

a aussi commencé à manger plus de repas à l'extérieur. Il a réalisé son gain de poids en constatant les changements de taille de ses vêtements. Ayant entamé leur vie adulte avec un poids qui leur convenait et qui semblait convenable aux yeux des autres, ces participants semblent avoir développé moins d'attentes face à ce qu'une perte de poids pourrait apporter en termes de satisfaction de la vie en généraleⁱ. Ils ont plutôt constaté le changement par rapport au corps qu'ils avaient comme jeune adulte.

Malgré l'influence moins directe de la famille, le regard des autres est demeuré une préoccupation pour plusieurs participantes à l'âge adulte. Le désir de maigrir était souvent associé à un désir de correspondre aux standards de beauté, de se fondre dans la masse et d'être acceptée par les autres dans différents contextes. Plusieurs participantes ont évoqué une grande insatisfaction à l'égard de leur corps et un malaise lors de certaines situations sociales où le corps est plus exposé, comme la baignade. La participante 7 pratiquait la danse et elle estime qu'elle était influencée par les préoccupations de ses pairs.

« Je fais de la danse donc c'est un endroit aussi où est-ce qu'on compare beaucoup notre corps, ça fait que j'étais toujours un petit peu dans la mentalité de vouloir être plus mince. » (participante 7, page 4)

« Je pense que oui ça marchait [les diètes amaigrissantes], mais moi j'avais l'impression que ça marchait pas, j'étais toujours insatisfaite. J'étais toujours insatisfaite de ce que j'avais devant moi, devant le miroir, ça fait que je me suis jamais sentie à l'aise d'être en maillot. » (participante 7, page 4)

ⁱ La question de genre a possiblement aussi influencé l'importance du poids dans leur perception du bonheur, mais le faible nombre de participants masculins limite la possibilité d'analyser en détail la question de genre.

Le participant 2 a souligné que son image le préoccupait parfois, particulièrement s'il devait porter un maillot de bain.

« Ouais, ça me préoccupe oui parce que si je me mets disons en maillot de bain ou je vais à la piscine, je me regarde et je vois que j'ai un genre de *big belly*. C'est pas vraiment ce qui te rend vraiment comme fier de ça, mais... » (participant 2, page 5)

Les remarques désobligeantes, les blagues et les stéréotypes sur les personnes grosses ont aussi affecté les participantes à l'âge adulte. Les parents du participant 14 semblent avoir diminué la fréquence des commentaires directs sur son poids avec le temps, mais le participant 14 a raconté que son père émettait souvent des commentaires au sujet d'autres personnes grosses devant lui. Même si ces commentaires étaient indirects, le participant 14 mentionne qu'il était difficile de ne pas se sentir visé.

« Je veux dire même avant [que le contact se rompe définitivement], il faisait encore des commentaires dégradants sur les personnes grosses alors que j'étais à côté de lui et j'étais rendu à 34 ans. » (participant 14, page 5)

Le confinement lié à la pandémie de covid-19 semble avoir accentué l'exposition aux blagues sur le caractère dégoûtant du gain de poids. Les commentaires au sujet du poids, même s'ils ne visaient pas expressément les participantes, appuyaient tout de même la norme sociale selon laquelle la grosseur est un attribut négatif et la minceur souhaitable. Les rappels que le corps gros n'est pas socialement acceptable, voire qu'il est ridicule, sont donc demeurés présents tout au long de la trajectoire des participantes.

« C'est sûr que dans les derniers mois avec la période de confinement, c'était pas évident parce que [...] de voir des gens de l'extérieur : "ah là je suis en confinement, j'arrête pas

de manger, je vais engraisser” et là tu vois une photo, en quelque part de mon corps, d’une personne plus grosse, [les gens] ont comme peur de devenir comme la personne que je suis. » (participante 8, page 3)

« J’ai des amis aussi qui sont, en plus le confinement, c’est comme la *joke* un peu “on va engraisser” [...]. Comme mettons, la pub de *Maxi* [où apparaissait un comédien *déguisé* en personne grosse], je l’ai pas trouvée drôle, c’est parce qu’à un moment donné des commentaires sur les gros c’est pas drôle. » (participante 7, page 7-8)

En résumé, le problème de poids a souvent été nommé par les autres durant l’enfance, ce qui a marqué les participantes jusqu’à l’âge adulte. Pendant l’adolescence, le poids n’avait pas besoin d’être nommé aussi souvent pour être perçu comme un problème ou un obstacle. Le désir de correspondre aux attentes de la société était plus grand lors de l’adolescence. Les participantes, en se comparant à leurs pairs, avaient l’impression que leur poids était un obstacle pour atteindre les jalons de vie qu’elles considéraient nécessaires pour avoir une vie heureuse. Plusieurs éléments discursifs ont contribué à rappeler que le corps gros n’est pas perçu comme socialement acceptable par autrui.

1.3 Internalisation du problème de poids

Certaines participantes ont expliqué que leur image corporelle ne dominait pas leur vie à l’époque de l’enfance et de l’adolescence alors que pour d’autres, l’impression d’avoir à corriger leur poids était omniprésente dès l’enfance. L’internalisation du poids comme un problème s’est produite à différents degrés selon les participantes.

« Pour ma part, c’est comme si j’ai toujours eu le sentiment de pas être correcte ou pas être assez ou d’avoir toujours à m’améliorer ou être en mode contrôle justement parce que moi j’ai un problème, en fait c’est ça, c’est vécu comme moi j’ai un problème ou je suis un problème et c’est juste présent dans toutes les sphères de ma vie tout le temps. » (participante 3, page 1)

« À l'école, je vivais pas de harcèlement par rapport à mon poids, j'avais beaucoup d'amies. Je fonctionnais bien et mon poids m'a jamais empêchée de faire ce que... ça m'a jamais dérangée, comment je pourrais dire ça ? Tant que je pouvais faire ce que je voulais ça me dérangeait pas d'avoir un petit plus de poids. Mais encore peut-être avec les gars au niveau de l'adolescence là je pensais pas qu'un gars pourrait être intéressé à moi parce que j'étais ronde. Mais à part de ça, dans toutes les autres sphères de ma vie, je me suis jamais sentie lésée ou diminuée ou quoique ce soit et je me suis jamais inquiétée de ça par rapport à mon apparence comme il y a beaucoup de femmes qui se sentent laides ou qui s'aiment pas parce qu'elles sont pas minces à leur goût là. D'évoluer dans ce corps-là il y a quelque chose qui me dérangeait mais pas, pas obsessionnel. » (participante 6, page 1)

La participante 6 a ainsi raconté avoir l'impression que son malaise par rapport à son poids était bien moins grand que celui d'autres femmes pourtant plus minces. Au contraire, d'autres participantes ont eu l'impression d'avoir davantage à prouver dans plusieurs sphères de leur vie.

« Je sens beaucoup à cause de ça, tu sais si par exemple on est deux personnes côte à côte avec les mêmes compétences professionnelles exemple, je vais me sentir moins compétente à côté de celle qui a le corps normal si je peux dire ça comme ça. C'est comme si je partais toujours avec un point en moins à cause du corps que j'ai. » (participante 8, pages 11-12)

« J'ai tout le temps l'impression de partir avec deux prises au bâton pour n'importe quoi dans la vie à cause de ça. Que ça soit en amour pour rencontrer quelqu'un, que ce soit eum... dans différentes situations. Ça bloque pas tant mettons pour cheminer dans ma carrière, mais tu sais même dans le regard de mes enfants ou quoique ce soit là, j'ai tout le temps l'impression de pas être 100% à la hauteur. » (participante 3, page 16)

La participante 5 a raconté qu'elle a eu en quelque sorte l'impression d'avoir fraudé son amoureux puisqu'elle l'a rencontré lorsqu'elle était plus mince et qu'il l'a demandée en mariage le soir d'un bal, une occasion pour laquelle elle avait perdu du poids. Elle avait un sentiment d'imposteur au sein de son couple même si elle a affirmé qu'elle n'a jamais perçu d'insatisfaction de la part de son mari.

« C'est un sentiment, j'ai l'impression que j'ai fait une fraude, j'ai l'impression que... je me suis sentie beaucoup... manque de volonté, comme si c'était pas équitable pour lui mettons, je sais pas comment dire ça, comme si je faisais pas ma part pour le couple mettons. » (participante 5, page 2)

La participante 4 a mentionné pour sa part que sa perception du corps et de la minceur était particulièrement complexe en raison de l'inceste dont elle a été victime et de certaines attitudes de ses agresseurs. Elle était consciente que ses agresseurs éprouvaient du mépris pour les personnes grosses. Un dégoût pour les formes à l'adolescence et le sentiment d'être grosse ont entraîné des troubles alimentaires autodiagnostiqués (anorexie et boulimie nerveuses) par la participante. Cette impression d'être trop grosse a plus tard cohabité avec un désir de prendre du poids pour ne plus être ciblée par ses agresseurs.

« C'est que moi j'ai compris que les pédophiles, ils aiment les femmes minces qui ont l'air des enfants. Très minces, presque pas de seins, presque pas de fesses vu qu'ils aiment les enfants alors c'est pour ça, c'est comme si je voulais plus m'identifier à ça. Du tout. Puis je sais qu'ils détestent les grosses, ils les haïssent là puis comme il y a trois, bien quatre pédophiles dans ma famille... » (participante 4, page 12)

D'un côté la participante 4 adoptait des pratiques extrêmement restrictives et des pratiques compensatoires pour perdre du poids, mais elle voyait aussi dans la prise de poids un moyen de défense potentiel pour repousser l'intérêt des pédophiles. Le gain de poids avait donc potentiellement un rôle de protection. La participante 9 avait aussi intégré que la minceur était associée à l'attention des hommes d'une manière qui pouvait être valorisante, mais aussi destructrice.

« 19 ans... là, il y avait le rapport aux hommes [...]. C'était plus, "je rencontrerai jamais personne, je peux pas séduire, je peux pas plaire", alors que c'est pas vrai en plus. Les autres qui sont minces c'était autre chose. Ça attirait d'autres sortes de gens, mais moi j'ai

longtemps cru à l'adolescence que c'était une protection, mon poids, que grâce à ça, je pourrais pas me faire abuser, je pourrais pas me faire emmerder trop dans la rue. » (participante 9, pages 17-18)

Ces participantes avaient attaché des significations contradictoires au poids corporel. Elles souhaitaient d'une part se conformer aux idéaux de minceurs mais d'autre part, espéraient que le fait de ne pas y correspondre constitue une forme de protection contre l'objectification sexuelle de leur corps.

Dès l'enfance, plusieurs des participantes avaient déjà l'impression qu'il y avait quelque chose de dérangentant à propos de leur corps. Elles avaient pour la plupart déjà reçu des messages de différentes personnes de leur entourage (parents, famille, amis, professionnels de la santé) qui désapprouvaient leur corps et qui normalisaient les pratiques restrictives dans le but de perdre du poids. Les participantes disposaient à cette époque de peu de moyens pour prendre du recul par rapport à ces messages. L'impression d'avoir un problème qu'elles devaient corriger s'est cristallisée à l'adolescence pour plusieurs participantes. Bien qu'elles aient également pu vivre de nombreuses expériences positives au cours de cette période de vie, elles ont malgré tout eu l'impression, à différents degrés, que cela les empêchait de profiter pleinement de la vie et qu'une prise en charge sérieuse s'imposait. Ces répercussions se sont poursuivies à l'âge adulte.

1.4 Évolution de la préoccupation pour le poids

Les raisons évoquées par les participantes pour expliquer leur insatisfaction corporelle et leur désir de perdre du poids ont évolué selon les stades de vie. Ainsi, au début de l'âge adulte, perdre du poids était souvent vu comme un moyen d'augmenter sa confiance en soi qui pouvait potentiellement conduire à une meilleure intégration sociale même dans des contextes qui ne sont

pas particulièrement axés sur le corps. Pour la participante 5, par exemple, la perte de poids constituait un moyen d'augmenter sa confiance en elle et ainsi de s'intégrer pleinement à l'université.

« En fait, je suis entrée à l'université, j'ai comme eu ce besoin encore. Ma confiance était vraiment reliée avec mon poids encore, je voulais faire partie des groupes et tout et tout. » (participante 5, page 3)

Certains évènements importants de la vie comme les bals et les mariages étaient des évènements envers lesquels les participantes avaient des attentes précises en regard de l'image qu'elles voulaient projeter – une image qui impliquait directement leur poids.

« J'ai repris du poids et j'ai reperdu du poids pour le mariage fait que finalement moi mon histoire c'est tout le temps relié avec une robe en quelque part. Puis même encore là, je renforce tout le temps le même cycle, je suis tout le temps correcte au bon moment, mais le reste je manque de volonté ou je suis poche ou peu importe. » (participante 5, page 3)

« On dirait que je suis retombée dans l'ancienne moi. J'ai dit, il reste deux mois pour le mariage, comment je vais faire, il faut que je me remette à la diète, je vais recommencer mon cycle. J'ai recommencé à me priver. » (participante 12, page 6)

Les attentes semblaient davantage émaner des participantes elles-mêmes plutôt que de leur partenaire.

« Et aussi toutes les étapes importantes d'une vie, du moins celles que je m'imaginai ou que j'ai été élevée vers ça, tous les jalons importants, ta graduation du secondaire où est-ce que tu es supposée être belle dans ta robe de bal ou mon futur mariage éventuellement ou des choses comme ça que tu t'imagines comment est-ce que tu vas être parfaite. » (participante 3, page 4)

« Non, mon mari lui, il me disait : "je t'aime comme tu es". Lui il m'a beaucoup aidée. [Le besoin de perdre du poids ce n'était] pas à cause de ce qu'il disait c'était à l'intérieur de moi que ça se passait. » (participant 12, page 6)

La participante 13 a affirmé que le poids n'avait jamais été un problème pour son conjoint, mais elle estimait qu'elle aurait été plus populaire au cours de sa vie de jeune adulte si elle avait été plus mince. Elle a toutefois précisé que même si cela l'avait préoccupée, elle avait l'impression d'avoir compensé en s'investissant pleinement dans sa carrière.

« C'est sûr que bien, à un autre poids, j'aurais peut-être rencontré plus de monde [dans un contexte romantique ou de séduction] dans ma vingtaine qu'avec le poids que j'avais, ça j'en suis persuadée. » (participante 13, page 11)

La participante 4 a verbalisé au cours de l'entretien qu'elle était parfois habitée par la crainte de ne pas être désirable pour un homme.

« Quand je me vois nue devant le miroir... je me suis surprise à me dire : "est-ce que je veux vraiment qu'un homme me voit comme ça ?". Cette semaine, c'est arrivé. Non mais je me dis : "est-ce que mon mari serait satisfait d'être avec moi avec le corps que j'ai ?". Oui ça été quelque chose qui me tracasse dans ma tête ouin, et ça m'a fait, bien je suis aussi bien de rester toute seule. J'ai hâte que ça, ça change, mais c'est pas encore changé. » (participante 4, pages 22-23)

La capacité de séduire a été une motivation à certains moments à l'âge adulte pour quelques participantes. Les participantes ont cependant raconté que l'importance de la perte du poids pour pouvoir séduire ou correspondre aux standards de beauté s'était amenuisée avec le temps.

« Ça serait génial que je perde encore du poids juste pour faire ce que j'aime. Pas pour être aimée par les autres, pas pour être regardée ou pour séduire, ce n'est plus ça. C'était ça, ce n'est plus ça. » (participante 9, page 6)

Être exposées à des gens qui réussissaient à maîtriser leur poids a amené certaines participantes à ressentir davantage de pression pour contrôler le leur et a renforcé leur sentiment de ne pas être à la hauteur. Elles comprenaient donc qu'il n'y avait pas de raison acceptable pour qu'elles restent au poids qu'elles avaient.

« C'est sûr que quand je vois le monde être capable d'y arriver et que moi j'y arrive pas, c'est plus difficile là, c'est sûr que je me compare et je me dis que je suis donc bien pas bonne. » (participante 5, page 3)

« Il y a un peu de comparaison et d'émulation là-dedans de dire bien pourquoi il y a des personnes qui y arrivent et puis moi, j'y arriverais pas. » (participante 13, page 7)

Certaines participantes entretenaient la croyance que la perte de poids amènerait un bien-être général, que la perte de poids était une façon de devenir plus heureuse. La participante 9 a notamment raconté s'être créé des scénarios farfelus au sujet de la perte de poids dans le début de la vingtaine. Par exemple, elle s'imaginait devenir très populaire auprès des hommes au point où ils feraient la file pour elle.

« Et j'ai toujours pensé que quand je serai mince... alors il y a ça que je voulais vous dire aussi dans l'image corporelle, on se dit beaucoup de choses nous les gros. On se fait des croyances, on se fait des promesses de menteurs en fait, on se dit quand je serai mince, je ferai ci, je ferai ça, il se passera ça, alors qu'on sait très bien qu'on fait rien pour y arriver. C'est très étrange, tous les phénomènes, tout ce qu'on peut se dire dans nos têtes, c'est complètement dément. » (participant 9, page 17)

La participante 3 a raconté qu'elle percevait la perte de poids comme une destination à atteindre pour qu'elle puisse se sentir libre par la suite. Elle a aussi expliqué s'être mise beaucoup de pression pour faire du sport après une séparation. La perte de poids était donc perçue comme un moyen d'aller mieux dans toutes les sphères de la vie. Sa quête de liberté se révélait ainsi

opprimante car la participante percevait en quelques sortes la perte de poids comme une condition à cette liberté. Elle ne se sentait pas libre de se détacher de cette quête.

« C'est une quête perpétuelle et en majorité ce que je fais ou ce qui se passe dans ma tête à part mon travail, mes enfants tout ça là, est orienté vers ce but-là mais en même temps le but c'est comme s'il était très très flou, pas clair. Il est pas défini. » (participante 3, page 15)

Pour la participante 12 qui a été stigmatisée, rejetée et maltraitée par sa famille en raison de son poids, la nécessité de retourner visiter sa famille dans son pays d'origine a fait renaître son besoin de perdre du poids pour prouver à tous qu'elle avait réussi sur le plan social. Elle avait subi une liposuction en prévision de ce voyage.

« Je suis venue chercher la victoire et j'ai montré que quitter le pays c'était aller chercher la beauté, la minceur, selon les critères du pays, selon les critères de la famille. » (participante 12, page 10)

Avec le temps, la préoccupation pour l'apparence n'a pas nécessairement disparu chez les participantes, mais elle a perdu de son importance relative comparativement à la préoccupation pour les capacités et la santé physiques qui s'est accentuée avec le temps pour plusieurs d'entre elles.

« C'est certain que le fait de pas pouvoir s'habiller où on veut comme magasin, le fait de la perception pas nécessairement la perception de mon corps, mais d'être limitée physiquement aussi pour faire des activités euh... je sais pas, par exemple je pourrais pas faire une tyrolienne dans un accrobranche [parcours aérien dans les arbres] avec mes enfants ça aussi c'est une limitation, pas pouvoir faire ce que je voudrais avec mes enfants. » (participante 13, page 4-5)

« J'ai tout le temps été ronde et tout le monde me le disait, les gens que j'ai consulté : "tu t'en iras pas à 160 [livres], à 180 [livres] tu vas être très bien" et moi j'étais à l'aise avec ça parce que comme j'ai dit, mon apparence physique ça m'a jamais bloquée de faire des choses. C'est juste que je voulais être plus en santé, plus mobile, d'avoir moins mal partout.» (participante 6, page 4)

« Ça me faisait pleurer parce que plus on vieillit aussi, c'est pas que le poids, c'est vraiment la santé quoi. En fait, ça a pris beaucoup de temps pour unir la perception du corps donc comment s'habiller, comment être versus la santé, dans la trentaine on s'en rend pas bien compte et, début quarantaine, ouais on commence à comprendre ce rapport-là et que c'est plus pour l'œil de l'autre, c'est pour vraiment soi-même, vraiment. » (participante 9, pages 4-5)

Pour le participant 2, les motivations pour le conditionnement physique ont aussi changé. À une époque, il désirait surtout prendre de la masse musculaire et la perte de poids est devenue une priorité lorsque sa santé est devenue une préoccupation. Quelques femmes ont connu la trajectoire inverse, c'est-à-dire qu'elles ont commencé à s'entraîner pour perdre du poids puis ont été encouragées par le gain en force et en endurance. Il semble que l'importance de correspondre aux idéaux de beauté genrés de l'homme musclé et de la femme filiforme ait diminué avec le temps.

« Peut-être il y a bien du temps de ça, j'étais vraiment intéressé à faire peut-être de la compétition ou bien d'agrandir les muscles et tout ça, maintenant ça m'intéresse juste à perdre du poids et de faire du [sport] pour être flexible. » (participant 2, page 4)

En résumé, les pratiques amaigrissantes sont donc devenues une solution pour éviter les jugements, correspondre aux attentes des autres, améliorer sa santé ou sa mobilité, ne pas être prise en faute, réussir socialement et augmenter sa confiance en soi. Avec le temps, les participantes ont commencé à accorder plus d'importance à la santé et semblent être devenues moins préoccupées par leur capacité à séduire. Le désir de perdre du poids n'a pas eu la même importance pour toutes les participantes, mais elles ont toutes cru, à un certain moment, que la perte de poids pourrait

améliorer leur qualité de vie. Certaines participantes avaient de grandes attentes par rapport aux retombées d'une éventuelle perte de poids, mais ces attentes demeuraient parfois vagues, abstraites et diffuses. Les participantes avaient associé la minceur à des concepts évocateurs et significatifs comme le bonheur, la réussite, la liberté, la victoire ou encore la santé. La perte de poids devenait donc une quête qui dépassait l'esthétique. La gestion du poids était souvent associée à une notion d'accomplissement ou de moralité dans le discours des participantes.

La catégorie 1 *Problématisation de sa corpulence* résume le processus par lequel les participantes ont compris que leur poids était un problème et que gérer ce dernier pouvait être une source de bien-être. En plus de développer une perception négative de leur poids et la perception de la perte pondérale comme une manière de mieux s'épanouir, les participantes ont normalisé certaines pratiques liées à la gestion de poids qui étaient cohérentes avec leur schème de pensée. Ce processus de normalisation est décrit dans la catégorie 2 *Normalisation des pratiques restrictives et cycles de diètes*.

2. NORMALISATION DES PRATIQUES RESTRICTIVES ET CYCLE DES DIÈTES

Avec la prise de conscience décrite précédemment, les participantes ont envisagé des solutions ou se sont fait suggérer, voire imposer, des restrictions alimentaires. La catégorie *Normalisation des pratiques restrictives et cycles des diètes* représente l'étape où les participantes se sont investies dans la mentalité des diètes et dans les pratiques amaigrissantes. Cette étape de normalisation s'est échelonnée sur de nombreuses années. Certaines participantes ont été exposées à des dynamiques familiales qui normalisaient certains aspects de la mentalité des diètes sans que cela ne soit directement lié au contrôle du poids. Les premiers incitatifs directs à la perte pondérale sont venus, la plupart du temps, de la famille ou des professionnels de la santé. Pour la plupart des participantes, suivre ces recommandations allait en quelque sorte de soi. Il semble qu'il ait été plus facile de s'approprier la mentalité des diètes promulguée par l'entourage que de la rejeter ou de la remettre en question, d'autant plus que des membres de l'entourage s'adonnaient déjà à de telles restrictions normalisant ainsi les pratiques aux yeux de certaines participantes. La plupart des participantes ont été soumises à des pratiques alimentaires restrictives dès l'enfance, mais la motivation envers ces stratégies croissait généralement durant la période de l'adolescence. Le cycle des diètes s'est poursuivi à l'âge adulte pour toutes les participantes.

La catégorie *Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes* est divisée en quatre sous-catégories : (1) les dynamiques familiales normalisantes, (2) les tabous au sujet du poids, de l'alimentation et des pratiques amaigrissantes, (3) les stratégies de perte de poids, et (4) le cycle des diètes.

Figure 3: Catégorie #2 Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes

2.1 Dynamiques familiales

- 2.1.1 Défis par rapport à l'alimentation non liés à la gestion du poids
- 2.1.2 Préoccupations pour la gestion du poids dans la famille

2.2 Tabous au sujet du poids, de l'alimentation et des pratiques amaigrissantes

2.3 Stratégies de perte de poids

- 2.3.1 Diètes spécifiques et restrictions diverses
- 2.3.2 Médication, comportements compensatoires et chirurgies
- 2.3.3 Activité physique
- 2.3.4 Soutien d'un professionnel, d'un coach ou des proches

2.4 Cycle des diètes

Dynamiques familiales

Au cours de l'enfance et de l'adolescence, les participantes ont acquis certaines habitudes, aptitudes et associations émotives qui peuvent les avoir outillées pour le développement d'une alimentation intuitive ou, au contraire, les avoir encouragées à croire qu'elles avaient besoin de contrôle extérieur parce qu'elles ne pouvaient pas se fier à leur instinct. Cette section est donc divisée en deux parties. La section 2.1.1 *Défis par rapport à l'alimentation non liés à la gestion du poids* explore différentes dynamiques qui ont prédisposé les participantes à penser l'alimentation en termes d'interdit, de culpabilité, de honte et de restrictions sans que ces dynamiques ne soient directement liées à une volonté de gérer leur poids. La section 2.1.2 *Préoccupations pour la gestion du poids dans la famille* traite des différentes dynamiques familiales qui ont normalisé les pratiques amaigrissantes chez les participantes durant l'enfance ou l'âge adulte.

2.1.1 Défis par rapport à l'alimentation non liés à la gestion du poids

Au cours de l'enfance et de l'adolescence, certaines participantes ont développé des habitudes alimentaires qui n'étaient pas cohérentes avec l'alimentation intuitive. Le contexte familial a exposé certaines participantes à la mentalité des diètes soit en instaurant un système de jugement autour de l'alimentation ou en imposant des restrictions alimentaires. Certaines dynamiques familiales ont ainsi favorisé un rapport complexe avec l'alimentation ou avec certains aliments. Ces dynamiques n'étaient pas nécessairement liées au contrôle du poids, mais elles ont habitué les participantes aux restrictions et ont conféré à l'alimentation un caractère punitif et engendré un sentiment de honte chez quelques-unes d'entre elles.

Certaines participantes ont eu peu de repères dans l'enfance pour acquérir de saines habitudes alimentaires. Le participant 14 et la participante 9 par exemple ont été laissés à eux-mêmes dès un très jeune âge pour l'organisation de leurs repas. Ils ont donc pris l'habitude de manger seuls des aliments transformés, faute de connaissances.

« Mes parents étaient pas très présents non plus donc j'ai rapidement dû être très autonome, donc à partir de peut-être treize ans... *Anyway*, par défaut, c'était pas mal moi qui me faisais à manger de toute façon parce que mes parents étaient pas là [...]. Ça fait que j'ai dû apprendre à me débrouiller tout seul. » (participant 14, page 4)

« Le rapport à la nourriture était assez compliqué parce que moi j'avais des parents très absents, j'ai eu 7 filles au pair [qui m'ont gardée]. Ce qui fait qu'au niveau de la nourriture en fait, ce qu'on achetait, c'était beaucoup de congelé, tout prêt donc des repas genre crêpe au jambon, crêpe... enfin bon, les légumes frais étaient pas très très présents... On avait souvent de l'argent pour acheter ce qu'on voulait en plus avec ma sœur ce qui fait qu'on mangeait beaucoup de boîtes de ravioli, c'était notre repas préféré ou alors de la viande hachée plein de *Ketchup* enfin voyez voilà, et les tablettes de chocolat, [...]. Je vous dirais de mes 6-7 ans jusqu'à, parce que j'ai pas de souvenir avant, jusqu'à mes 15-16 ans bien, je mangeais un peu n'importe quoi. J'étais une dent énormément sucrée et je passais évidemment toutes mes émotions là-dedans. Ma mère me donnait de l'argent pour faire des

courses, j'allais toujours à la boulangerie m'acheter un gâteau pour manger en cachette. Voilà, j'étais quand même consciente que c'était pas bien mais je le faisais pareil. » (participante 9, page 1)

Ces deux participants ont aussi raconté s'être sentie mal à l'aise face à leur manque de connaissances sur l'alimentation équilibrée et l'impression que leur comportement alimentaire était inadéquat et ne répondait pas aux attentes des adultes autour d'eux. Ces deux participants n'ont pas développé la confiance qu'ils pouvaient avoir des habitudes alimentaires saines.

« J'allais beaucoup chez mes oncles et mes tantes qui, elles, mangeaient très très bien et qui me disaient tout le temps, enfin qui me faisaient prendre conscience qu'il fallait manger équilibré, mais ce mot apparaissait très rarement et je ne sais pas qu'est-ce que ça voulait dire en fait. Moi je me remplissais, j'ai faim, je remplis, j'ai pas ce rapport d'équilibre, j'avais aucune notion de vitamine, c'est quoi... » (participante 9, page 2)

Les moments du repas n'étaient pas agréables non plus pour la participante 11 car elle trouvait les repas de ses parents très monotones et répétitifs. Elle a également comparé la dynamique de restrictions et d'excès qu'elle vivait à cette époque à ce qu'elle a vécu plus tard en faisant des diètes alimentaires bien que la volonté de se contrôler et la culpabilité n'étaient pas encore présentes.

« Je pouvais vomir, les hauts de cœurs, mais dans ma famille ça passait pour des caprices. Donc à tous les repas, à tous les repas, je me souviens, je pleurais, ça avait l'air d'une crise (rit) parce qu'on mangeait encore des patates bouillies dans l'eau tu sais, des patates bouillies dans l'eau pas assaisonnées avec de la viande hachée cuite dans le poêlon pas assaisonnée. J'y pense encore aujourd'hui et je trouve ça dégueulasse. » (participante 11, page 10)

« Autant que plus vieille j'ai fait justement des crises de compulsions alimentaires, mais je me revois plus jeune enfant et quand on était dans des brunchs ou en visite chez des gens. Je compensais dans ces aliments-là autant que je l'ai fait plus vieille, mais il y avait juste

pas la notion de culpabilité. Mais s'il y avait du gâteau je mangeais du gâteau jusqu'à m'en rendre malade. » (participante 11, page 10)

La participante 12 quant à elle a subi de la négligence et ne recevait pas suffisamment de nourriture à la maison. Un enseignant lui apportait de la nourriture à l'école pour qu'elle puisse s'alimenter.

La participante 12 a donc été habituée très tôt à la restriction et à l'incertitude alimentaire.

« C'est ma belle-mère qui a pris le dessus, elle nous [les enfants] appelait les serpents. Elle nous donnait à manger juste des petites quantités avec un os dans l'assiette donc pour moi c'était comme la continuité de ça, mais non verbalement. Mais après ça, mon père a continué à nous ignorer, il nous regardait pas. » (participante 12, page 2)

« Je me comparais toujours aux étudiantes qui étaient plus minces, qui étaient plus grandes, je rêvais d'être plus grande, plus mince, je rêvais à ça. Je les regardais manger, je mangeais de tout à l'époque parce que j'avais tellement faim. À la maison, on avait pas assez à manger et c'est mon prof de mathématiques qui m'apportait à manger à l'école, il voyait que, écoutez, j'étais en famine là, j'arrivais pas à suivre les cours. Il m'a dit je vais t'emmener à manger à l'école, il a fait ça pendant un an et demi que j'étais chez nous et je mangeais tout ce qu'il apportait là parce que j'avais tellement faim que je faisais pas attention à l'alimentation. » (participante 12, page 3)

Contrairement aux parents de ces participants, la mère de la participante 10 accordait une grande attention aux habitudes alimentaires au sein de sa famille. Elle évitait de mettre à la disposition de la famille des aliments transformés. La participante 10 considérait que sa mère ne l'avait jamais encouragée à suivre une diète amaigrissante, mais il demeure que plusieurs aliments étaient associés à une certaine interdiction. Elle a remarqué au cours de l'entretien qu'elle a été particulièrement attirée par ces aliments à partir du moment où elle n'était plus soumise aux règles familiales.

« Je me privais pas nécessairement quand j'étais jeune, quand j'étais adolescente non plus, mais quand j'ai commencé l'université...Je vous dirais par contre, il faut dire que mes

parents, ma mère, tout ce qui s'appelle nourriture transformée, elle en achetait pas. Quand j'ai commencé l'université, j'avais mon appartement à ma première année universitaire donc je faisais mes propres épiceries donc là, le poids a encore plus varié parce que j'ai mangé tout ce que j'avais pas le droit de manger lorsque j'étais à la maison. J'avoue que ça sonne un peu contradictoire ce que je dis mais, autant qu'elle était dans la bienveillance, la bonne alimentation, mais elle l'achetait pas là, c'était quand même... on recevait des trucs plus sucrés plus à Noël. » (participante 10, page 1)

Ainsi, certaines participantes ont été exposées, dès l'enfance, à des restrictions alimentaires pour des raisons variées. Le contexte familial ou les limitations socioéconomiques ont empêchées quelques participantes de développer une saine relation avec la nourriture durant l'enfance puisque les restrictions, la honte ou le dégoût étaient associés aux repas. La préoccupation pour la perte de poids s'est développée de différentes manières en parallèle ou à la suite de ces expériences.

2.1.2 Préoccupations pour la gestion du poids dans la famille

La préoccupation pour le poids était présente dans le milieu familial de plusieurs participantes durant l'enfance. Ces participantes avaient conscience que des membres de leur famille étaient préoccupés par leur propre poids et faisaient régulièrement des diètes. Les participantes ont ainsi appris que les diètes étaient une solution aux problèmes de poids en observant les adultes autour d'elles.

« Bien je sais que ma mère faisait tout le temps des régimes, probablement que c'était dans mon cerveau sans le savoir. » (participante 4, page 1)

« Je faisais [les diètes] plus cachée parce que ma mère, malgré tout, était pas pour les régimes, mais... comment je pourrais dire ça ? Elle était pour les régimes pour elle-même, mais pas pour moi. Elle me disait tout le temps que j'étais belle, mais en même temps, ce qu'elle vivait c'était pas ça, je veux dire le modèle. Elle me disait des choses, mais c'est pas ça qu'elle faisait donc c'est sûr que ça avait peu d'impact sur moi. » (participante 5, page 1)

« Je viens d'une famille où est-ce que le poids c'est une préoccupation générale. J'ai toujours grandi là-dedans fait que pour moi c'est comme normal, j'étais ronde, fallait que je fasse quelque chose pour ça et il y avait quelque chose à faire. » (participante 7, page 1)

Plusieurs participantes ont donc compris très jeunes que les pratiques restrictives étaient une stratégie appropriée pour gérer leur poids. La participante 6, cependant, était déjà critique à cette époque du comportement de sa mère et exprimait le souhait de ne pas reproduire ce modèle.

« Ma mère a été à la diète toute sa vie, donc elle focussait un peu trop là-dessus. Puis moi je la regardais aller et je m'étais dit que je serais jamais à la diète, je pourrais pas être à la diète toute ma vie. » (participante 6, page 1)

Malgré tout, la participante 6 a adopté certaines pratiques restrictives au cours de sa vie. Dans plusieurs cas, les pratiques des membres de la famille ont donné des idées aux participantes, que celles-ci s'imposaient ensuite et, dans certains cas, les membres de la famille ont activement imposé, encouragé ou apporté du soutien aux participantes pour qu'elles adoptent certaines pratiques restrictives. Les diètes ont souvent été réalisées avec la collaboration de ceux-ci. Des participantes ont toutefois décrit que, dans leur cas, le premier incitatif prenait la forme de pressions ou de commentaires soulignant la nécessité de contrôler son apport alimentaire et d'éviter les aliments jugés néfastes. La participante 8, par exemple, a reçu plusieurs remarques de sa mère à l'effet qu'il fallait qu'elle évite tel ou tel aliment pour ne pas engraisser. Elle estime que cette mentalité s'est graduellement et continuellement transmise, de sorte qu'elle a fait son premier régime à la fin de l'adolescence.

« Aussi au niveau de ma mère, il y a toute une question de contrôle face à l'alimentation par exemple : "mange pas ça, tu vas engraisser, c'est pas bon pour toi". Tout ça a eu un côté insidieux. Mon premier régime de mon souvenir, je l'ai fait j'étais en secondaire 4 et 5, fait

que j'avais peut-être à peu près 16 ans. C'est là que ça a officiellement commencé, si je peux dire ça comme ça, l'effet de yo-yo de poids. » (participante 8, page 1)

Sans lui avoir imposé de diètes, la famille de la participante 3 a également agi à titre de modèle et de soutien, notamment en émettant régulièrement des mises en garde au sujet de son alimentation, telles que : « Fais attention » et « N'exagère pas ». Cette participante percevait toutefois que suivre les membres de sa famille dans des programmes de perte de poids venait principalement de sa propre initiative et que ceux-ci lui apportaient du soutien en réponse à la volonté qu'elle verbalisait.

« Quel âge j'avais exactement, j'en ai aucune idée, mais j'étais jeune et c'est un peu comment je peux dire [...] tout mis ensemble, les petits commentaires des matantes ou de la grand-mère "oh mon dieu, elle est difficile à habiller" ou "fais attention de ne pas manger ci" ou les conversations autour des matantes qui sont au régime ou ma grand-mère au régime et qui m'incitent à participer avec elles. » (participante 3, page 1)

« Je pense que l'initiative à la base, les fois que je l'ai fait là, je pense que ça venait de moi c'était moi qui décidais de faire ça, puis je me collais sans doute à ce que je voyais de mon entourage, j'embarquais dans le mouvement. » (participante 3, page 3)

Même si sa mère ne l'encourageait pas à perdre du poids, la participante 10 a été exposée à certains commentaires au sujet de ses choix alimentaires. Sa mère évitait les produits transformés pour toute la famille et passait à l'occasion des commentaires sur le contenu en gras et en sucre des aliments sans toutefois formuler de jugements en lien avec le poids. La participante 10 semblait s'interroger durant l'entretien à savoir si ces commentaires ont pu contribuer à normaliser la mentalité des diètes.

« Elle le nommait que c'était pas bon. Oui, jusqu'à un certain point, il y avait peut-être une connotation négative, mais je le percevais pas comme ça là... maintenant que j'y réfléchis, peut-être. Mais je sentais pas que c'était visé à, probablement qu'inconsciemment, ce

l'était, mais c'était pas, "ne mange pas ça" là, c'était plus "ah ben c'est gras" ou "ah c'est sucré ça" ou des choses comme ça. » (participante 10, page 1)

Certains parents ont encouragé les participantes à faire des diètes avec l'intention de leur éviter des complexes. Par exemple, la participante 7 a remarqué qu'elle avait de la cellulite au niveau des cuisses et a consulté sa mère à cet effet. L'idée des diètes amaigrissantes a été introduite dans ce contexte et la participante 7 a adhéré à cette idée puisqu'elle voulait régler le problème de poids qu'elle croyait avoir.

« Je me rappelle, en cinquième année, j'avais remarqué que j'avais de la cellulite sur mes cuisses et j'avais demandé à ma mère c'était quoi ça, puis elle m'avait dit : "tu sais, si tu veux on va faire quelque chose pour ça, pour aider" [...]. Ce qu'elle voulait faire, c'est un régime. » (participante 7, page 1)

« J'étais revenue de l'école et je pleurais et il y a un ami qui m'avait dit quelque chose de méchant ou quoique ce soit. Je pense que des fois c'est soit que dans ma mémoire, on dirait que ça venait de moi, mais c'était comme l'idée était amené par ma mère aussi par rapport à ça. » (participante 7, page 2)

La mère de la participante 7 a donc proposé de faire une diète pour donner suite à un besoin exprimé par la participante elle-même, tout comme la participante 3 a reçu le soutien de sa famille élargie lorsqu'elle a exprimé le souhait de les rejoindre dans leur démarche amaigrissante. La participante 5 pour sa part n'a pas reçu l'appui direct de sa famille puisque sa mère lui déconseillait de faire des régimes. Elle a toutefois suivi l'exemple de cette dernière et des autres membres de sa famille qui se restreignaient eux-mêmes. Pour ces participantes, la volonté de faire des diètes provenait donc des messages, implicites ou explicites, et des normes véhiculées dans leur entourage et de leur désir de s'y conformer.

Plusieurs participantes ont rapporté avoir consulté des professionnels de la santé avec leurs parents. Tel que décrit précédemment, ces rencontres les ont amenées, non seulement à conceptualiser le poids comme un problème, mais aussi à envisager des solutions pour résoudre celui-ci. À la suite de ces rencontres, les parents sont devenus plus préoccupés par l'alimentation de leur enfant.

« Je pense qu'il [le pédiatre] avait recommandé à ma mère de surveiller ce que je mangeais etc. Moi, j'avais l'impression que ma mère surveillait ce que je mangeais et qu'elle avait mis en place disons une espèce de, pas de plan ou de programme, tu sais, elle m'avait pas mise à la diète selon elle. Mais selon elle aussi, elle appliquait la même chose pour moi que pour les autres dans la famille puis j'ai pas de raison de pas croire, mais je pense que ma façon de recevoir ça est quand même différente peut-être par rapport à comment ma sœur ou mes frères l'ont vécu. Chez nous, je pense que ma mère a dit qu'elle avait changé l'alimentation dans la maison suite à ça, mais pour toute la famille pas juste pour moi donc plus de fruits légumes, moins de dessert. » (participante 3, page 2)

« Ma mère était là, à ce rendez-vous-là, puis il m'avait dit que je devrais perdre du poids parce que j'étais pas dans mon poids santé. Puis à partir de ce moment-là, ma mère elle a commencé à vraiment renforcer cette idée-là que le médecin avait dit que je devais perdre du poids, fait que ma mère contraignait un peu mes portions de bouffe [...]. Je pense que c'est un élément aussi qui a quand même contribué au fait que je me sente coupable par rapport au poids que j'avais. » (participante 11, page 12)

Les parents ont donc entrepris d'inciter leur enfant à apporter des changements à son alimentation. Ces rencontres avec des professionnels de la santé, dont l'autorité n'était pas remise en question, les affublaient d'une grande responsabilité à cet égard. Dans certains cas, cela semble avoir engendré des tensions au sujet de l'alimentation entre les participantes et leurs parents. Par exemple, le participant 14 a rapporté qu'il avait senti que ses parents essayaient de lui imposer certains choix alimentaires et même la prise de pilules laxatives.

« Dès que je trouvais que quelque chose avait l'air dégueu ou pas normal, je voulais pas le manger, puis en plus, il y avait mon poids. Ça fait qu'il y avait beaucoup de pression du fait qu'on voulait me forcer à découvrir des choses, peut-être pas de la bonne façon par

contre. Puis on voulait me forcer, bien on cherchait quand même à contrôler mes repas, c'était peut-être pas à chaque repas, c'était peut-être pas à tous les jours, mais c'était quand même régulier... et ce qui fait que j'ai pas développé, je pense, une bonne relation avec l'alimentation avec ça, mais ça créé beaucoup de tensions. Je me souviens des fois, je pouvais être dans un restaurant, puis là je me pognais avec ma mère parce qu'elle était pas d'accord avec mon choix sur le menu puis elle aurait voulu que je fasse un autre choix, que je prenne plus petit. » (participant 14, pages 1-2)

« Je me souviens à un moment donné mon père, tu sais la pression venait beaucoup de mon père, je pense que ma mère elle avait peur que je souffre de mon corps, puis je pense que mon père était beaucoup plus dans la pression sociale de bien paraître. Donc mon père, lui, mettait beaucoup plus de pression. Il y a des trucs un peu *new age* aussi, à un moment donné, il est arrivé avec des espèces de gélules qui devaient servir à aller plus souvent à la toilette et donc selon ce que la personne lui avait dit ça m'aiderait à perdre du poids parce que j'évacuerais plus rapidement ce que je mange, ce qui a aucun sens d'un point de vue nutrition. Mais mon père a cru ça et il m'a vraiment imposé de gober ça à tous les jours pendant un moment. » (participant 14, page 3)

Tout comme les parents du participant 14, les parents de la participante 9 n'étaient pas préoccupés par leur propre poids, mais ont encouragé leur enfant à adopter des pratiques restrictives.

« Je voyais dans le regard de ma maman qu'elle me trouvait un peu grosse, elle me le disait pas, mais je le sentais parce que mes parents paradoxalement n'ont pas du tout de problème de poids, c'est que ma sœur et moi. Toutes les deux, on est grosses et alors elle a commencé un peu à s'en préoccuper à mon adolescence vers 14-15 ans. Là ont commencé les régimes, la vague des régimes donc il y a eu la phase protéine, les fameux sachets de protéines donc je bouffais ça. Mais je trouvais, oui c'était pas mal bon, mais c'était tellement pas agréable, donc je mangeais autre chose. Donc autrement dit je me bourrais de protéines et puis après je mangeais comme avant quoi [...]. C'est ma mère qui m'a abonnée à ce truc-là, qui m'achetait des produits, ça coûtait une fortune. J'ai fait ça souvent et ça marchait pas. Enfin je maigrissais oui un peu au départ, et après paf, ça reprenait. » (participante 9, page 2)

En résumé, seulement certains parents semblent avoir imposé aux participantes des stratégies de perte de poids restrictives, mais plusieurs autres semblent les avoir encouragées que ce soit directement ou en montrant l'exemple. L'idée que les excès devaient être évités et qu'il fallait restreindre son alimentation était ancrée chez beaucoup de participantes bien avant l'âge adulte.

Dans plusieurs cas, l'initiation des pratiques restrictives reflétait la convergence de la quête d'une apparence conforme aux normes sociales, des modèles familiaux et de la pression provenant de recommandations médicales. Les participantes ont fini par s'investir par elles-mêmes à un moment ou à un autre de leur trajectoire dans certaines restrictions alimentaires, qu'elles aient été enthousiastes ou réfractaires à cette idée durant l'enfance.

Tabous au sujet du poids, de l'alimentation et des pratiques amaigrissantes

Les participantes qui ont commencé à faire des diètes dès l'enfance préféraient généralement taire le sujet auprès de leurs pairs. Certaines participantes ont expliqué qu'en parlant le moins possible de leur poids et de leur alimentation, elles espéraient créer l'illusion que le problème n'existait pas.

« C'était vraiment plus caché, je m'en vantais pas. C'est comme si en n'en parlant pas... tu sais, c'est comme si le problème n'existe pas ou en tout cas, tu ne le renforce pas. » (participante 3, page 5)

« Ça j'aimais pas en parler dans la vingtaine, j'aimais pas du tout parler de ça. En fait, je le vivais comme je suis pas chanceuse. Je le vivais comme une victime parce que je voyais des gens, par exemple, des gens minces, manger comme des fous. Je trouvais ça dégueulasse parce que, eux, ils pouvaient, moi je pouvais pas. Moi je disais toujours cette phrase qui m'a suivie tout le temps, c'est "je regarde un gâteau et je grossis" donc j'avais vraiment une vision aussi de tout ça de victime, j'étais une victime. » (participante 9, page 10)

Les participantes ne voulaient donc pas parler de leur poids, ni attirer l'attention sur le fait qu'elles sentaient le besoin de faire des diètes durant l'enfance et l'adolescence ou qu'elles se faisaient imposer celles-ci en contexte familial. Plusieurs participantes avaient pris l'habitude de s'isoler aussi pour manger pour éviter des commentaires des pairs ou de la famille.

« Tu sais des commentaires de ma mère, un petit commentaire de mes oncles "tu manges encore"... jeune là. Je mangeais une collation et je me faisais dire "tu manges encore" fait que des fois ça arrivait que j'allais manger dans ma chambre pour juste pas avoir à entendre ça. » (participante 6, page 2)

« Le souvenir en fait, le sentiment qui m'est le plus présent, oui humiliant ça c'est clair, mais tu sais l'espèce de lassitude profonde, une espèce de "on peut tu juste s'en débarrasser [du moment du repas], j'ai juste pas envie", j'étais juste tanné, écœuré et ça a peut-être poussé le fait que j'ai commencé assez jeune à manger de mon bord, à ne plus souper avec la famille. De toute façon quand ça arrivait, déjà ça arrivait pas souvent, mais j'avais déjà commencé à souper tout seul, à me faire à manger et aller dans ma chambre ou manger ailleurs. » (participant 14, page 2)

Pour certaines participantes, comme le participant 14, manger n'était pas associé à quelque chose de positif. Certaines participantes subissaient le regard intrusif des autres et recevaient des messages selon lesquels leurs comportements alimentaires n'étaient pas appropriés en raison de leur statut pondéral. Certaines participantes relataient pour leur part la honte de consommer certains aliments en particulier. Certains aliments sucrés, notamment, étaient cachés ou interdits dans la famille de la participante 7; elle mangeait donc ces aliments en cachette. Cela lui faisait du bien et elle profitait du moment sur le coup, puis se sentait coupable par la suite. Elle recevait constamment des messages lui indiquant de limiter les desserts, même si ces aliments étaient présents à la maison. Au moment de l'entretien, elle expliquait y voir une contradiction.

« Je mangeais des cochonneries en cachette. Ça, je me souviens et ça a comme toujours un petit peu continué. J'arrivais de l'école, j'étais toute seule ma mère était pas là, j'en profitais pour manger ce qu'il y avait de sucré dans maison. Je savais qu'il y avait des choses des fois cachées, des fois il y avait pas grand-chose, mais une cuillère de *Nutella* ou quelque chose de même. » (participante 7, page 3)

Dans le même ordre d'idées, la participante 9 a raconté qu'elle se cachait souvent elle aussi pour manger. Sa mère essayait de la conscientiser à ne pas manger en cachette, et bien qu'elle n'en fasse

pas de drame outre mesure, la participante 9 vivait ses exhortations comme quelque chose de punitif. Par ailleurs, il lui arrivait à l'occasion de manger rapidement de grandes quantités d'aliments interdits.

« J'ai beaucoup appris à cacher, à prendre un carré [de chocolat], deux carrés ou alors carrément, je terminais la tablette, j'allais en racheter une autre. Donc j'ai beaucoup vécu cette espèce de camouflage-là, vous voyez ce que je veux dire, de faire semblant, je me mentais à moi-même totalement, mais parce que je voulais pas me faire voir. Je pense que c'est un peu le phénomène de l'alcoolique, je cachais des tablettes, je cachais des trucs quoi. » (participante 9, pages 2-3)

« En me cachant de manière compulsive, j'ai souvent acheté des gâteaux, vous savez des gâteaux pour 8 personnes, que j'achète pour moi et que je mangeais toute seule. Je mangeais avec la main comme une sauvage (rit). Je vous dis pas que je faisais ça toute les semaines, je faisais peut-être ça je sais pas moi, dans une année, je pouvais faire peut-être 6-7 fois et puis je me cachais donc en fait, là je le mettais dans le tiroir dans mon bureau et je bouffais en cachette. » (participante 9, page 13)

Le participant 14, pour sa part, n'a pas osé parler de son rapport au corps avec ses proches avant la trentaine. Il a donc été très solitaire dans ses démarches pendant plusieurs années.

« J'étais juste incapable d'en parler. C'était beaucoup trop sensible, trop humiliant, je sais pas, j'étais juste pas capable donc je pense que ça aussi, ça aidait pas. Le fait que j'en parlais pas, bien je pouvais pas avoir de conseils, je pouvais pas avoir d'aide, je pouvais pas avoir de soutien. » (participant 14, page 6)

La nécessité ressentie par certaines participantes de se cacher reflète la mesure dans laquelle il était risqué pour elles de s'afficher en train de s'adonner à des comportements jugés indésirables ou inacceptables compte tenu de leur statut pondéral. Le fait de se cacher a, en revanche, aussi renforcé cette impression de transgression et la honte associée à ne pas pouvoir s'empêcher d'adopter un comportement qui leur était interdit. Le regard des autres et la peur du jugement ont

eu un pouvoir normalisateur et les participantes ont tranquillement internalisé ces normes et la culpabilité qui découle de leur transgression.

Stratégies de perte de poids

Tel qu'établi plus tôt, les participantes ont généralement débuté les pratiques amaigrissantes à l'enfance et à l'adolescence et ont poursuivi ces pratiques à l'âge adulte. Plusieurs ont participé à des programmes commerciaux (p.ex. : *Weight Watchers*, *Minçavi*) et certaines ont essayé des diètes spécifiques (p.ex. : régime *Mayo*, régime *Miami*, régime *Atkins*). Plusieurs ont tenté de réduire les portions et restreindre certains aliments ou groupes d'aliments ou encore ont essayé de limiter leur apport énergétique à un certain nombre de kilocalories toutefois sans suivre une diète précise. Certaines ont suivi un plan alimentaire établi avec une nutritionniste ou un conseiller en alimentation alors que certaines ont fait de l'activité physique ou suivi un programme d'entraînement spécifiquement dans le but de perdre du poids. Quelques participantes ont aussi utilisé d'autres méthodes de perte de poids comme prendre des médicaments ou des suppléments, consommer des substituts de repas ou suppléments de protéines ou encore recourir à des interventions chirurgicales. Les stratégies de perte de poids des participantes ont été regroupées en quatre sous-catégories : (1) diètes spécifiques et restrictions diverses, (2) médication, comportements compensatoires et chirurgies, (3) activité physique et, (4) soutien d'un professionnel, d'un coach ou des proches.

2.3.1 Diètes spécifiques et restrictions diverses

Certaines participantes ont essayé des diètes spécifiques qui étaient à la mode sur le moment. Quelques-unes d'entre elles ont suivi des diètes populaires avec le soutien de leurs parents. La participante 9 a débuté les diètes suivant les recommandations de sa mère qui l'a inscrite à

différents programmes de perte de poids. La participante 9 a mentionné que sa mère a investi beaucoup d'argent dans ces programmes, qui n'avaient donné que des résultats très éphémères. Sa mère lui envoyait cependant des messages contradictoires, car elle lui achetait souvent, pour lui faire plaisir, des aliments qui n'étaient pas permis dans les règles de son régime.

« Enfin toutes sortes de régimes je vous dis, c'est un peu soutenu par ma maman donc je trouvais ça sympa, mais en même temps dès qu'on allait à une boulangerie ou je voulais un gâteau... Bon elle était pas stricte et trop, ça aurait été difficile, mais elle était, on dirait qu'elle faisait par deux voies : quelque chose pour mon poids et en même temps elle voulait pas me frustrer donc il y a un mélange de tout ça. » (participante 9, page 2)

Les démarches manquaient donc parfois de cohérence et de constance parce que les messages reçus étaient contradictoires et que maintenir des habitudes alimentaires strictes et monotones est très difficile à long terme. Les participantes ont essayé plusieurs diètes à la mode, mais la plupart du temps, à court terme.

« Je me rappelle pas exactement, mais je me rappelle que c'était un régime assez, c'était comme une feuille et il y avait, je me souviens qu'il y a une journée que le menu c'était comme deux saucisses bouillies avec des brocolis bouillis, fait que c'était ça le dîner [...]. C'était sûrement un régime que (rit) ma mère avait déjà fait, mais je me rappelle quand j'étais petite, ma mère faisait un régime comme avec la soupe au chou (rit). Le fameux régime de la soupe au chou ! Et j'ai déjà voulu l'essayer, mais finalement, je trouvais tellement la soupe mauvaise que je l'ai pas fait. » (participante 7, page 1)

« J'ai tout essayé les régimes là du genre manger de la soupe pendant trois jours ou manger juste des ananas ou il y avait tout le temps une nouvelle mode là. Et je me souviens, dans ma famille, plein de monde faisait des régimes, ça fait que j'essayais tous ces régimes-là bizarres et vraiment pas sains. » (participante 5, page 1)

Sans suivre une diète spécifique, les participantes ont aussi souvent tenté de respecter certaines règles inspirées de la mentalité des diètes. Plusieurs participantes se sont imposées des restrictions

alimentaires comme limiter les portions ou certains types d'aliments. La participante 11 s'est vue imposer certaines restrictions au niveau des portions à l'adolescence par sa mère, mais elle ne s'imposait pas de restriction elle-même à ce moment. Après l'arrêt du sport de niveau compétitif dans lequel elle était impliquée, la participante 11 s'est toutefois mise à s'imposer elle-même des restrictions.

« Là, dans le fond, je me suis mise à moins manger, plus bouger, mais d'essayer d'être l'espèce de balance énergétique à la négative. Mais pendant que j'étais en sport étude c'était pas possible avec le volume d'entraînement, j'aurais pas eu assez d'énergie fait que c'est ça. C'est plus quand j'ai arrêté de faire du sport de compétition que ces mesures sont arrivées, mais plus de façon sporadique. C'était comme des cycles, je faisais ça pendant 2-3 semaines, je me tannais et ainsi de suite. » (participante 11, page 1)

Les participantes ont normalisé et intégré l'idée selon laquelle elles devaient contrôler leur alimentation, tout comme elles avaient internalisé la notion d'avoir un corps problématique (voir la catégorie 1 *Problématisation de sa corpulence*). Pour la participante 3, l'impression de devoir se restreindre était omniprésente pendant toute l'adolescence.

« Que je sois dans une période intensive où je calculais mes calories ou une période où peut-être j'étais moins axée là-dessus, je pense que de toute façon j'étais constamment en mode contrôle. Ça, il n'y a pas de doute là-dessus. » (participante 3, page 4).

Ces restrictions étaient donc souvent appliquées de manière plutôt sporadique, mais au cours de l'adolescence, la pensée qu'il faille restreindre son apport énergétique devenait de plus en plus prépondérante chez les participantes. La participante 7 se souvient d'une période où elle a lâché prise des diètes qu'elle avait suivies au cours de son enfance et de son adolescence et s'est plutôt investie dans un programme d'entraînement. Elle a expliqué que même si elle n'était pas à la diète à proprement parler, elle pensait régulièrement au fait qu'elle devait éviter tel ou tel aliment. Dans

le même ordre d'idée, la participante 11 se disait constamment qu'elle devait restreindre son apport énergétique et se sentait coupable en mangeant certains aliments. Ce mode de pensée s'est donc installé pendant quelques années sans qu'il ne soit associé à une diète particulière. Les pensées restrictives peuvent donc devenir omniprésentes et être associées à différents types de pratiques selon les croyances et les connaissances des participantes.

« Des fois, je me disais, "ok je fais attention je ne mange plus tel, tel aliment, je ne mange plus tel... je ne mange plus de sucre" ou des choses comme ça là. Ça, ça a perduré, quand je suis partie de la maison quand j'étais étudiante. » (participante 7, page 3)

« Puis, plus vers l'âge de 18-19 ans, c'est [les restrictions] devenu quelque chose de plus, pas dire permanent, ça prenait de plus en plus de place dans ma vie. » (participante 11, page 1)

À l'âge adulte, les participantes ont continué d'explorer différentes stratégies restrictives. Pendant les entretiens, certaines participantes ont peiné à énumérer l'ensemble de ces stratégies parce qu'elles furent trop nombreuses.

« J'ai fait des yo-yo aussi et honnêtement là, j'essaie de me souvenir de tous les régimes que j'ai faits, mais j'en ai tellement fait que je suis pas capable de me souvenir. » (participante 5, page 3)

« Ah ouin j'ai fait *Fit for Life*, *Montignac*, j'ai fait mon doux... J'en ai-tu fait. J'en ai tellement essayé, je m'en souviens plus de tous les noms. J'en ai essayé au moins une dizaine je dirais. » (participante 4, page 3)

« J'ai des affaires qui me reviennent en tête, je vous en ai tellement sauté des diètes et des affaires qui me reviennent là. » (participante 3, page 9)

Les participantes étaient souvent à l'affût des nouvelles tendances en matière de diètes amaigrissantes. Elles effectuaient des recherches ou s'informaient auprès de leurs proches ou de leurs collègues.

« Ah ma mère, elle me parlait toujours d'un nouveau régime. Ah là, je l'essayais. »
(participante 4, page 4)

Certaines participantes ont expliqué que leurs diètes sont devenues de plus en plus restrictives avec le temps car les résultats étaient de plus en plus difficiles à atteindre.

« J'avais peut-être à peu près 16 ans, c'est là que ça a officiellement commencé, si je peux dire ça comme ça, l'effet de yo-yo de poids etc. Donc, j'ai fait mon premier régime là. Ensuite je suis allée au cégep. Comme c'était trois années intenses, j'ai tout repris le poids, j'en ai même pris plus. Après le cégep, ensuite vers l'âge de 23-24 ans, j'ai fait un autre régime, j'ai perdu 60 livres en à peu près 18 mois. Ça j'ai été capable de le maintenir pendant un 8-10 ans [...]. Au début, dans les premières années ça allait quand même bien, faire un peu d'exercice, manger sainement etc. mais plus ça allait, plus je faisais le yo-yo, plus je prenais 10 livres j'étais obligée... je me refaisais un petit régime pour en reperdre 10. Plus ça allait, plus c'était difficile autant psychologique autant que perte de poids euh... j'étais rendue que je comptais mes calories là, j'avais une application là, ok mon souper était tant de calories. J'étais rendue là. » (participante 8, page 1)

Les participantes ont accordé beaucoup d'importance à la restriction énergétique et aux règles alimentaires strictes au cours de leur trajectoire. Si l'application était parfois inconstante, l'impression de devoir se restreindre était omniprésente. En parallèle, de ces stratégies alimentaires, les participantes ont aussi envisagé d'autres méthodes pour contrôler leur poids.

2.3.2 *Médication, comportements compensatoires et chirurgies*

Quelques participantes ont eu recours à des comportements compensatoires de perte de poids. Tout comme le participant 14 qui avait brièvement consommé des pilules laxatives achetées par son père, la participante 12 a également consommé des médicaments dans le but de perdre du poids.

« J'ai été consulter un médecin pour avoir une pilule pour maigrir et là, je voulais tellement maigrir vite que la pilule qu'il m'avait prescrite, j'en avais pris trois pilules dans la même journée donc en file là. J'avais gonflée comme un ballon là, j'arrivais pas à respirer. On a dû me transporter à l'hôpital pour recevoir des soins. » (participante 12, page 1)

Pour la participante 4, les souvenirs de son rapport à l'alimentation à l'enfance et à l'adolescence sont plutôt flous. Bien qu'elle était consciente que sa mère faisait constamment des diètes, les stratégies que la participante utilisait pour restreindre ses propres apports alimentaires n'ont pas été évoquées clairement. Elle se souvient d'avoir eu recours à des comportements compensatoires comme les vomissements et l'activité physique durant l'enfance et à des pilules amaigrissantes à l'âge adulte.

« J'ai fait beaucoup d'anorexie, boulimie. Ça, j'ai su ça quand j'étais plus vieille que j'avais ça, mais j'étais très maigre. » (participante 4, page 1)

« Je vomissais, je me faisais vomir ça je me rappelle. » (participante 4, page 1)

« Bien j'ai pris des médicaments pour perdre du poids, j'ai pris toutes sortes d'affaires. Hey, ça aucun bon sens tout ce que j'ai mis dans mon corps. Aujourd'hui là je trouve ça épouvantable. » (participante 4, page 4)

La participante 3 s'est pour sa part intéressée aux médicaments qui pourraient l'aider à contrôler son poids ou ses compulsions alimentaires.

« Elle [mon médecin] m'a jamais dit "ça serait important que tu perdes du poids" ou quoique ce soit et probablement que c'est parce que tous mes paramètres sont bons, tout va bien [...]. Mais moi, je lui en parle parfois [de mon poids], je lui en ai parlé probablement pour une première fois l'année passée et puis ce qui m'avait amenée à en parler, c'est que j'avais vu que le *Vyvanse* [un médicament stimulant] était maintenant homologué pour être utilisé dans les cas de troubles alimentaires d'hyperphagie boulimique. » (participante 3, page 18)

La participante 12 et le participant 14 ont pour leur part eu recours à des interventions chirurgicales. La participante 12 a eu recours à la liposuction à quelques reprises, alors que le participant 14 a subi une chirurgie bariatrique.

« Je voyais la chirurgie bariatrique comme un coup de main pour au moins m'aider à franchir une petite étape. Ça c'est arrivé. » (participant 14, page 8)

Certaines participantes ont eu recours à ce type de stratégie dans le but de perdre du poids rapidement alors que d'autres ont ressenti le besoin d'aller chercher une intervention médicale comme outil pour éventuellement réussir à modifier leur comportement alimentaire soit en diminuant l'appétit ou l'impulsivité ou en entraînant une perte de poids initiale qui permettrait de retrouver une plus grande mobilité et donc faciliter la pratique d'activités physiques.

2.3.3 Activité physique

L'activité physique a parfois constitué une stratégie de perte de poids, souvent en parallèle des restrictions alimentaires. Le corps des participantes a représenté à la fois un atout, un obstacle ou un objectif à la pratique sportive. Pour certaines, l'activité physique s'inscrivait en continuité avec le désir de maigrir, car elle représentait une stratégie de plus pour contrôler le poids et répondait à une certaine prescription sociale. Pour d'autres, toutefois, le fait de se percevoir ou d'être perçue

comme une personne grosse semblait rendre plus difficile le fait de se concevoir comme une personne sportive et de se sentir pleinement légitime et confiante de pratiquer certaines activités physiques. Certaines participantes ont indiqué qu'elles n'étaient pas particulièrement sportives à l'enfance et à l'adolescence. Pour plusieurs, le fait que l'activité physique n'était pas valorisée à la maison et le fait de se percevoir comme étant grosse constituaient des obstacles à se considérer comme sportive ou à percevoir le potentiel de le devenir.

« Tu sais, on était pas encouragés à bouger non plus. Mes parents étaient pas des sportifs. » (participante 3, pages 2-3)

« Pourtant, bien je fais de la danse depuis longtemps puis j'ai toujours quand même bougé [...] ça toujours été cette idée-là que j'étais pas sportive, à argumenter dans ma tête, à me dire que je suis pas sportive donc je ferai pas de sport, je suis pas capable. » (participante 7, page 3)

« À l'école, c'était un enfer alors là ! Je voyais bien dans les yeux, j'étais une grosse dame quoi. Je me rappelle, on courait, on devait courir, mais je suis ma vie c'était horrible. Il fallait monter à la corde par exemple devant tout le monde hon! j'étais incapable évidemment de monter à la corde donc je faisais tout, j'ai beaucoup menti, j'avais mes règles souvent, j'avais mal au ventre, je trouvais n'importe quelle raison pour ne pas le faire. » (participante 9, page 3)

Malgré la pratique d'activité physique régulière, l'entourage des participantes considérait que leur niveau d'activité physique était insuffisant, comme si le fait d'être en surpoids était considéré comme un meilleur indicateur du niveau d'activité physique que le temps réellement consacré à la pratique régulière d'activité physique. Il semblait difficile pour plusieurs personnes, incluant les participantes elles-mêmes, de concevoir qu'une personne puisse être grosse tout en ayant de saines habitudes de vie. Les participantes ont été exposées à un jeune âge aux discours axés sur la

responsabilisation de soi selon lesquelles le poids est le reflet de certains comportements et de pratiques individuelles.

« Comme je dis sur mon poids, ils [mes parents] mettaient des pressions. Je pense qu'on m'incitait beaucoup, beaucoup à faire du sport alors que j'en faisais [...]. C'est pour ça quand je dis que mes parents avaient aucune notion sur la santé ou quoique ce soit, dans la mesure où je faisais peut-être une heure de vélo à tous les jours quand j'étais jeune, je jouais au baseball, je jouais au basketball. J'étais déjà actif [...] mais vu que j'étais gros, bien j'étais pas assez sportif et j'avais cette impression-là moi aussi que j'étais pas sportif et pas actif alors qu'avec le recul je me rends compte que ben non [...], j'étais actif et j'étais gros. C'est tout. Aujourd'hui je comprends que c'est normal et que ça se peut les deux. » (participant 14, page 4)

Si plusieurs participantes ont eu de la difficulté à se percevoir comme une personne sportive, la participante 13 a cependant considéré qu'à l'inverse, l'activité physique lui permettait de mettre en perspective le problème que pouvait constituer son poids.

« Pour moi, c'était [le poids] pas vraiment un problème et puis je faisais du sport, j'étais active aussi donc, bah il y avait une question de génétique aussi donc, j'en faisais pas trop un cas. » (participante 13, page 1)

L'activité physique représentait une stratégie de gestion du poids pour plusieurs participantes. Certaines se sont inscrites dans un centre de conditionnement physique précisément pour perdre du poids. D'autres ont fait des activités physiques sans avoir de plan orienté vers la perte de poids, mais en ayant toujours l'arrière-pensée que cela pourrait être bon pour leur poids. Les témoignages illustrent comment l'impératif perçu qu'une personne grosse a la responsabilité d'adopter certaines pratiques était intégré.

« Je me suis inscrite à *Curves* dans le temps, dans le but de perdre du poids. » (participante 7, page 3)

« Bien ça toujours été une conscience, j'ai jamais vraiment fait de restrictions alimentaires là, j'essayais de faire de l'activité physique quand j'étais plus jeune. J'étais toujours euh... j'étais pas très habile et tout donc, je misais pas, j'étais pas excessive en activité physique. »
» (participante 10, page 1)

« Je bougeais tout le temps, j'étais dans toutes les équipes de sports tu sais intramural sans être une performante rien de ça, mais j'étais active et je contrôlais mes calories. »
(participante 3, pages 5-6)

La participante 3 a exprimé sa déception par rapport au fait que son corps ne reflétait pas son niveau d'entraînement. Malgré qu'elle ait réussi à attribuer une place importante au sport dans sa vie et qu'elle en soit fière, elle souhaiterait également projeter l'image qu'elle s'est construite d'une personne sportive. Elle n'était pas simplement préoccupée par l'idée de correspondre à des standards de beauté, elle souhaitait aussi que son corps reflète ses efforts, voire la discipline avec laquelle elle prenait en charge sa santé. Elle semblait ainsi préoccupée par les vertus que projetait son corps.

« Ça reste, c'est à la hauteur de mes capacités disons et oui j'aimerais donc ça que mon corps reflète plus mon niveau d'activité et d'effort. En fait, ce que je me rends compte depuis un certain temps c'est que je suis toujours en train dans le fond de me battre, c'est le mot qui me vient, ou de travailler en fonction de cet objectif-là. » (participante 3, page 15)

Quelques participantes se sont mises beaucoup de pression pour faire de l'activité physique.

« Bon je me mettais énormément de pression pour faire du sport très régulièrement et là je me disais non c'est pas très sain ça, comme si j'avais pas eu le temps d'aller courir dans ma journée, je capotais là. » (participante 3, page 14)

Pour la participante 4, qui estime avoir souffert d'anorexie à l'adolescence, l'activité physique semblait revêtir un caractère obsessionnel.

« Je faisais beaucoup de sport, je faisais du jogging le matin après ça j'allais patiner, j'étais tout le temps occupée. » (participante 4, page 1)

La représentation sociale des personnes grosses comme des personnes qui ne sont pas sportives a constitué un obstacle pour plusieurs participantes, mais quelques-unes d'entre elles ont aussi souligné les limites physiques et les risques de blessure. La participante 6, par exemple, a souhaité bénéficier d'une certaine supervision médicale à un certain moment pour minimiser le risque de blessure alors que le participant 14 a décidé de se tourner vers la chirurgie bariatrique lorsqu'il a commencé à se buter à des limitations au niveau de sa mobilité.

« J'avais peur aux conséquences physiques de me remettre à faire de l'activité physique. Ça fait que ça me rassurait qu'il y ait un médecin sur place, que le volet physiologique de mon corps était surveillé. » (participante 6, page 5-6)

« À un moment donné, c'est comme ok, comment je vais faire, comment je vais être actif si je suis même pas capable d'être actif. » (participant 14, page 8)

Le risque de blessure n'était toutefois pas seulement une barrière physique concrète, c'était aussi un élément qui favorisait la représentation des personnes grosses comme des personnes qui ne sont pas sportives. La participante 8 a reçu quelques commentaires non sollicités à cet égard. Ces commentaires illustrent aussi que plusieurs personnes tiennent pour acquis que les personnes grosses ont besoin de conseils pour prendre soin de leur corps et qu'elles ne connaissent pas leurs limites.

« Il y a combien de personnes qui me disent, professionnels de la santé ou en général, des fausses perceptions du genre "oh mon dieu tu as un surplus de poids, fais attention à tes genoux, saute pas fais pas de zumba", des affaires de même, pendant qu'un ergothérapeute me disait "non continue la zumba c'est génial pour toi pour telle, telle, telle affaire tu en fais depuis des années, ton corps est habitué". C'est comme tout le monde se mêle pas de leurs affaires. » (participante 8, page 7)

Il est important de mentionner que pour certaines participantes, l'activité physique a, en revanche, été une source de valorisation et de réalisation de même qu'un outil de socialisation. L'activité physique n'a pas toujours été pratiquée en lien avec la gestion du poids.

« C'est sûr que j'étais une fille très très réservée, j'avais pas beaucoup d'amies, je faisais mes petites affaires. Je faisais du patinage artistique, je pense c'était surtout là-dedans que je me retrouvais parce que j'avais beaucoup mes amies là. » (participante 8, page 17)

« J'étais plus si je pouvais être aussi bon à l'école ou courir aussi vite que les autres [plutôt] que ce de quoi j'avais l'air. » (participant 1, page 6)

Malgré les obstacles et les expériences difficiles, la plupart des participantes ont réussi à trouver un certain épanouissement dans la pratique sportive à certains moments de leur trajectoire. La participante 9, par exemple, détestait les cours d'activité physique en contexte scolaire, car bien qu'elle considérait les enseignants adéquats, elle souffrait du regard de ses pairs. En revanche, elle adorait danser pour le sentiment de bien-être que cela lui procurait ainsi que pour l'estime que ces pairs lui portaient dans ce contexte.

« C'est qu'il y a une chose que j'adorais, c'était danser. Quand je dansais, j'oubliais totalement mon corps, j'étais hyper bien. C'était le seul moment où mon corps n'était pas un obstacle et c'est le seul moment où moi je me sentais bien et les autres trouvaient que je dansais super bien. C'était que du positif. » (participante 9, page 1)

Les expériences liées à l'activité physique des participantes sont très hétérogènes : l'activité physique imposée a pu être une source d'humiliation dans certains contextes alors qu'à d'autres moments, le sport était une activité valorisante qui permettait de socialiser et de se réaliser. Des participantes ont mentionné que l'activité physique leur a permis de prendre conscience du fait que leur corps avait certaines forces et capacités. L'activité physique pouvait aussi constituer un moyen de s'identifier à autre chose que le poids et à avoir une relation plus positive avec son corps dépendant du contexte et de l'appréciation de l'activité en question. Elle a aussi constitué une stratégie de perte poids à laquelle les participantes ont tenté de s'astreindre à différents moments. Tout comme les pratiques alimentaires, cette stratégie a souvent été mise en application de manière autonome, mais aussi parfois avec le soutien d'un professionnel, d'un coach ou des proches.

2.3.4 Soutien d'un professionnel, d'un coach ou des proches

Certaines participantes ont bénéficié de suivis professionnels, de service de coaching ou du soutien de certains de leurs proches au cours de leurs démarches. Pour certaines participantes, ces suivis n'ont pas été des expériences très positives alors que d'autres ont maintenu un suivi sur une plus longue période et appréciaient ce type d'encadrement. Quelques participantes ont été inconfortables avec les recommandations plutôt restrictives de certains conseillers ou professionnels, mais ont aussi apprécié la possibilité d'avoir un suivi serré de leur alimentation et de leur poids à d'autres moments de leur trajectoire. La participante 3 a sollicité les services d'un médecin dans une clinique spécialisée dans la perte de poids. Elle a accepté un plan restrictif qui ne correspondait pas à sa vision de la saine alimentation car elle avait confiance en l'expertise du médecin. La participante 6, pour sa part, a apprécié établir un plan avec une nombre fixe de kilocalories à consommer par jour.

« C'était un médecin et il nous faisait faire une diète avec des protéines et basse calorie et moi j'avais quand même toujours dans ma tête que c'était pas une bonne affaire quand même de prendre une quantité de calories trop limitée parce que c'était des régimes genre à 500 kilocalories plus admettons des affaires de protéines qu'il nous vendait [...]. J'allais me faire peser et on dirait, vu que c'était un médecin dans ma tête à moi là, c'était plus correct, ça allait marcher. Puis j'ai effectivement perdu quand même pas mal de poids. » (participante 3, page 7)

« C'était vraiment un plan structuré avec une nutritionniste, diététicienne je peux pas dire son titre. On se voyait à toutes les deux semaines puis elle me parlait oui, j'avais un plan alimentaire, je pense que c'était 1400 Calories et on avait prévu les portions un peu comme le principe de *Weight Watchers* à l'époque. Tu as tes portions de pain, de produits céréaliers, tes portions de produits laitiers, tes protéines tout ça pour avoir une journée équilibrée. Donc, elle me disait les portions tout ça et à chaque fois qu'on se voyait, aux deux semaines, on parlait de ça et des événements qui s'en venaient qui faisaient que je pourrais avoir des défis comme Noël, les buffets. Ça me donnait des outils et des trucs, elle me parlait concrètement de choses comme consommer de l'alcool juste avant de manger bien ton système va absorber tout le sucre de l'alcool avant d'absorber la nourriture [...] ou qu'une livre c'est 3500 Calories, ça fait que concrètement si tu coupes 500 Calories par jour, techniquement au bout d'une semaine tu perds une livre [...] comme je perdais peut-être à peu près, en moyenne une livre par semaine donc c'est ça. » (participante 6, page 3)

La participante 9 a relaté qu'elle avait grandement apprécié recevoir du soutien pour mettre en place un plan structuré pendant une période où elle disposait de beaucoup de temps à consacrer à ses habitudes de vie.

« Il y avait un cahier qui disait quoi manger, mais le truc c'est que moi j'étais, à cette époque-là, j'étais en, en dépression (rit), j'avais donc beaucoup de temps donc je pouvais vraiment tout faire ce qu'on me disait. » (participante 9, pages 11-12)

Les participantes 3 et 6 se souvenaient en revanche d'avoir vécu des moments angoissants dans le cadre de programmes de perte de poids. Pour la participante 3, il y avait un stress de performance lié à la perte de poids et une obsession pour la pesée alors que, pour la participante 6, le fait de se faire réprimander a entraîné une fermeture et un refus de poursuivre un programme.

« Je pense, peut-être, en sixième année ou dans ces eaux-là, avoir été à des rencontres de *Weight Watchers* pour me faire peser et assister à des conférences avec mes tantes sur l'heure du dîner (rit). Ma mère venait me chercher, elle m'amenait en ville [...] et on allait faire ça et bien le stress de toutes les stratégies un peu ... psychologiques pour espérer que le chiffre [du pèse-personne] ait baissé. » (participante 3, page 1)

« J'ai décroché rapidement parce que la diététicienne qu'on m'a assignée, dès la deuxième rencontre, j'avais pas perdu de poids et elle m'a chicanée, donc moi ça allait pas du tout là de me faire chicaner. J'étais pas bien avec ça [...]. Je me suis retirée parce que moi j'aimais pas me faire prendre en défaut et c'était humiliant pour moi, ça fait que je me suis mise à pleurer. Pleurer devant les gens ça ne se faisait pas, ça fait que je me suis complètement refermée. [...]. Moi, de me sentir comme une petite *failure*, excusez l'expression anglaise, mais je suis pas bien là-dedans parce que moi j'avais de bonnes notes à l'école, j'étais conformiste, je me rebellais pas contre personne et je voulais surtout pas me faire prendre en défaut. » (participante 6, page 1)

Cette expérience a donc atteint la participante 6 dans son sentiment d'identité personnelle et a constitué un affront à la perception qu'elle avait d'elle-même et qu'elle tentait de projeter. D'autres participantes ont rapporté également qu'elles n'avaient pas aimé le renforcement négatif qu'elles avaient perçu dans certains programmes où le jugement des autres étaient palpable.

« C'était pas une pesée devant tout le monde, mais quand même là les gens étaient très très observateurs, de si on sortait souriant ou pas disons, donc non, j'ai pas aimé ça. J'avais essayé de faire ça avec une amie puis j'ai vraiment, j'ai peut-être fait, j'ai fait quelques mois, mais je repoussais les pesées, je voulais pas y aller. » (participante 10, page 6)

Certains suivis professionnels ont laissé les participantes plutôt indifférentes. La participante 11, par exemple, a rencontré une nutritionniste à deux ou trois reprises parce qu'elle rencontrait les critères du syndrome pré-métabolique. Celle-ci lui a appris à lire les étiquettes nutritionnelles et lui a expliqué des stratégies de contrôle des portions. Cette stratégie n'a pas fonctionné pour la

participante 11 d'autant plus que le programme n'incluait pas de suivi à plus long terme. Elle n'a donc pas eu l'impression d'en avoir retiré de bénéfices.

« C'était un genre de programme avec deux, trois séances avec une nutritionniste et tout ça pour essayer de prévenir le fait d'avoir un syndrome métabolique. Donc ça itou ça été un début où ça comme contribué ou renforcé l'idée de perdre du poids. » (participante 11, page 10)

Les participantes ont rencontré des professionnels de la santé dont les manières d'aborder les questions relatives au statut pondéral étaient très diversifiées. Comme la rencontre de la participante 11 avec une nutritionniste, certaines de ces rencontres médicales ont renforcé l'idée que le poids est un problème qui doit être corrigé par le contrôle cognitif sans toutefois procurer des recommandations qui semblaient pertinentes, concrètes et actionnables aux yeux des participantes.

« Bien, c'est tout le temps les mêmes conseils là : c'est important de bouger plus, manger moins, faire attention. Tu sais mon cholestérol, depuis que j'ai 22 ans qui est tout le temps sur la limite et ils me disent tout le temps que je vais être sur le bord d'en faire du cholestérol et je leur dis tout le temps, je le sais, mais vous me le dites tout le temps et j'ai fait tous les changements alimentaires et je suis tout le temps sur le bord d'en faire pareil là. » (participante 5, pages 14-15)

« Je suis suivie par d'autres spécialistes qui me pèsent systématiquement et ils m'en parlent aussi systématiquement là. » (participante 10, page 9)

Les recommandations n'ont pas toujours été accompagnées d'un suivi ou d'une référence et sont parfois demeurées vagues. Le participant 1, par exemple, a seulement reçu le conseil de la part de son médecin de bouger plus en raison de sa tension artérielle alors que le participant 2 s'est fait

conseiller d'être plus actif et de surveiller ce qu'il mangeait. Sa principale motivation était d'éviter de prendre de la médication pour réduire son cholestérol.

« Il m'a dit tu as besoin de perdre du poids, de faire du sport, d'être plus, plus actif et faire attention à ton alimentation et de cette façon-là tu perds du poids et c'est ça. C'était pas lui qui m'avait dit comment perdre mon poids, mais, il m'a dit c'est ça tu as besoin de perdre du poids pour essayer de gagner la bataille pour ne pas avoir à prendre des pilules de cholestérol. Et après des années, on s'est dit : "ok on peut pas se rendre donc on va prendre des pilules". » (participant 2, page 1)

Certains conseils des professionnels de la santé étaient donc bienvenus alors que d'autres généraient un sentiment de fatalité chez des participantes qui sentaient qu'elles n'apprenaient rien de nouveau. L'appréciation et la réceptivité à ces commentaires variaient beaucoup selon la trajectoire des participantes, mais ils ont généralement promu l'idée que les participantes devaient et pouvaient prendre en charge leur poids à un moment ou un autre de leur parcours. En somme, les recommandations médicales (médecins, nutritionnistes, etc.) ont donc eu une importance plus ou moins substantielle dans la trajectoire des participantes.

Des participantes se sont plutôt tournées vers leurs proches pour se motiver et structurer leur démarche. Les participantes appréciaient généralement avoir du soutien et des encouragements de leurs proches même si elles doutaient parfois de l'efficacité de ce type de soutien. La participante 10, par exemple, n'aimait pas s'exposer aux jugements négatifs des autres, mais elle appréciait lorsqu'elle recevait du soutien orienté vers la bienveillance plutôt que vers la performance. Elle estimait toutefois que le soutien des pairs avait ses limites.

« J'ai quand même de bonnes amies qui ont des surplus de poids puis elles-mêmes ont tenté des diètes et tout. Puis dans le fond, on a essayé des trucs pour se remettre en forme, mes

amies et moi, on se fait des groupes privés pour se motiver à se mettre en forme. Ça marche un temps, mais là, c'est comme n'importe quoi, ça finit par s'estomper parce que la vie va vite. » (participante 10, pages 7-8)

La participante 5 avait l'habitude de parler régulièrement de diètes avec quelques-uns de ses proches et elle estimait qu'ils formaient un « cercle non vertueux ». Elle trouvait positif de pouvoir partager ses expériences, mais elle trouvait également que la motivation tendait à s'estomper car dès qu'une personne abandonnait la diète, les autres abandonnaient aussi.

« On est un peu dans un cercle non vertueux (rit), disons ça de même, Ensemble, je veux dire, on vit les mêmes haut et les mêmes bas. Des fois, ça c'est un peu *tough* parce que tu dis coudonc, il y a-tu quelqu'un qui va s'en sortir. Il y a-tu quelqu'un qui va arrêter de penser à ça. » (participante 5, page 10)

Dans une optique similaire, le participant 2 a essayé de s'entraîner avec d'autres personnes, mais leurs objectifs n'étaient pas les mêmes donc cela n'était pas adapté à son rythme.

« J'ai essayé de faire ça en groupe, mais qu'est-ce qui arrive quand tu fais ça, quand je faisais en groupe c'est que disons, je sais pas, je faisais avec mon frère, mais lui il est plus concentré sur ses activités au gym donc pour lui c'est... lui il suit ça à la lettre, ça niaise pas avec lui. C'est pour ça que je trouve ça peut-être un petit peu difficile, avec d'autres personnes. » (participant 2, page 4)

Certaines participantes ont été plus indépendantes dans leur démarche. Le participant 1 adoptait sensiblement les mêmes approches alimentaires que sa conjointe donc ils se soutenaient l'un et l'autre. Il n'avait en revanche pas l'habitude de discuter de poids avec ses collègues, bien qu'il lui soit arrivé de prodiguer des conseils aux autres lorsqu'il adoptait une nouvelle diète. Il n'a pas cherché non plus le soutien de ses pairs ou de professionnels.

Certaines participantes appréciaient recevoir du soutien et des encouragements alors que d'autres appréhendaient le jugement d'autrui ou n'en ressentaient pas le besoin se sentant capables d'entreprendre leurs démarches de manière indépendante. Le soutien reçu semble avoir eu des effets différents selon les contextes. Cela a parfois engendré le sentiment d'être inadéquate, générant ainsi de la honte, de la culpabilité et du découragement. À d'autres moments, cela a aidé les participantes à se sentir en contrôle, à acquérir des connaissances et des compétences et à augmenter leur confiance. Une approche structurée a parfois aidé les participantes à mettre en place des stratégies qu'elles estimaient appropriées sur le moment, mais a aussi, parfois, constitué une source de stress. Le succès qu'ont eu les participantes avec les approches structurées, le cas échéant, était toutefois temporaire comme ce fut le cas avec la majorité des stratégies amaigrissantes essayées.

Cycle des diètes

Le type, l'intensité et l'enchaînement des pratiques de perte de poids ont grandement différencié d'une participante à l'autre. Certaines considéraient qu'à certains moments, elles ont appris à mettre en application des notions d'équilibre alimentaire qui leur paraissaient parfois encore raisonnables au moment de l'entretien alors que d'autres considéraient que certaines des méthodes qu'elles avaient employées dans le passé étaient plutôt farfelues voire complètement insensées.

« J'ai eu des phases de bien manger, mal manger, bien manger, mal manger. Ça oui et ça faisait que j'avais plus des périodes de stabilité donc mon poids était stable pendant un moment et quand je retombais dans des périodes où là je mangeais mal, hop je prenais du poids et après, pouf je me remettais à bien manger et quand même une relation plus saine et là, mon poids se stabilisait. Des fois ça a peut-être duré deux ans là, mon poids était stable et là tout d'un coup pouf je prenais un trente livres, mais ce trente livres là je le perdais jamais. » (participant 14, page 6)

« Je suis rentrée dans une clinique [...] et on mangeait des muffins et de la petite poudre et toutes sortes d'affaires comme ça, c'était n'importe quoi et j'ai perdu genre 40 livres en un mois. » (participante 5, page 3)

Certaines participantes ont été plutôt constantes dans leurs démarches notamment le participant 1. Après avoir constaté un gain de poids en lien avec un changement d'emploi, ce participant a cessé de manger au restaurant et s'est préparé des lunchs. Il n'a constaté aucun changement puis il s'est tourné vers d'autres approches une dizaine d'années plus tard. Il s'est inspiré de la diète *Atkins* et a coupé les glucides, puis il s'est orienté vers la diète paléolithique. Ce participant considérait que se faire des lunchs était la première étape du début de son parcours de perte de poids. Son témoignage illustre que la définition de diètes peut être très différente pour chaque personne.

« C'était plus une question de style de vie. Je travaillais des longues heures, je mangeais beaucoup au restaurant ça fait que je pouvais pas avoir des heures de repas normales à la maison tout ça. Ça fait que je pense que la première chose qu'on [moi et ma conjointe] s'est dit qu'on devrait revoir dans l'alimentation c'était de couper dans ces diners-là au restaurant, juste de s'amener un lunch, juste ça, c'est ça qui a été comme le début dans le fond d'une prise en charge d'une diète. » (participant 1, page 1)

L'intensité des restrictions a connu une progression, mais il n'y pas eu dans le parcours du participant 1 de grandes alternances de restriction et de relâchement. À l'inverse, le participant 2 a plutôt essayé différentes diètes sur de très courtes périodes.

« J'ai essayé toutes sortes d'affaires, le kéto [diète cétogène], l'hyperprotéine, diète hyperprotéinée, des affaires de même là, mais je trouve que pfff... je perds la motivation là-dedans. » (participant 2, page 2)

Ainsi, les pratiques ont été adoptées de différentes manières et ont occupé une place variable dans la vie des participantes : certaines ont essayé plusieurs méthodes alors que d'autres comme le

participant 1 se sont pleinement investis dans des diètes spécifiques sans s'éparpiller dans les différentes tendances. Plusieurs participantes ont adopté ces méthodes de manière cyclique et ont observé conséquemment des variations cycliques de leur poids. Pour plusieurs participantes, les pertes de poids étaient associées à des périodes très positives. Des participantes ont toutefois affirmé n'avoir jamais été fières ou complètement satisfaites de leurs diètes et de leur perte de poids car cela ne leur semblait jamais assez. Même si le fait d'être en train de perdre du poids pouvait être encourageant, le fait de ne pas atteindre le poids souhaité était souvent vécu comme un échec.

« Je dirais pas que j'étais fier parce que je perdais pas assez de poids, donc je le vivais toujours comme des échecs continuels en fait. » (participant 14, page 6)

« Bon je m'acceptais pas encore même si je regarde des photos aujourd'hui et je fais bon dieu je pouvais pas en perdre plus, ça aurait pas été beau à la limite, j'aurais eu l'air malade. Puis je m'acceptais pas pareil quand même, je trouvais que j'avais une petite bedaine et toute la patente. » (participante 8, page 14)

La participante 9 a, au contraire, parlé d'un sentiment presque euphorisant. Elle a cependant qualifié cette satisfaction d'excessive laissant sous-entendre que sa réaction n'était pas saine.

« Tu te sens plus belle que belle, tu es une déesse quoi, tu deviens une déesse. C'est fou, en fait, c'est l'excès inverse quand tu te sens une merde et moche, laide, grosse [...] et quand tu maigris et que tu te sens super bien dans ton corps c'est excessif dans l'autre sens. » (participante 9, page 17)

La perte de poids facilitait aussi l'achat de vêtement au goût des participantes. La participante 8 a raconté qu'il n'était pas facile de trouver des boutiques de vêtements taille « plus » dans sa région et qu'elle était mal à l'aise lorsqu'elle devait chercher des vêtements dans la petite section désignée

des magasins, souvent placée à l'écart des tailles régulières. Ainsi, en perdant du poids, elle n'était plus mise à l'écart. En pouvant s'habiller dans les tailles régulières, il était également plus facile de suivre ses goûts ou la mode. Il est à noter, en revanche, que la perte de poids n'est pas le seul facteur qui a permis aux participantes de se vêtir plus facilement. Le fait d'avoir des moyens financiers suffisants et l'évolution de la mode taille « plus » a aussi permis à d'autres participantes d'être plus confortables et d'avoir plus de contrôle sur l'image qu'elles souhaitaient projeter.

« Parce que là, j'essayais des nouveaux vêtements, je pouvais aller dans les tailles régulières, je baissais de taille, c'était comme wow! Là c'est sûr je me sentais mieux dans mon corps aussi donc tout ça faisait que ça m'aidait. » (participante 8, page 14)

La participante 5 s'est remémorée avoir perdu du poids après une diète particulièrement fade et répétitive. Elle se rappelait d'avoir été très fière d'avoir perdu tout ce poids, mais aussi de s'être sentie très découragée en se disant qu'elle aurait à s'imposer ce genre de diète toute sa vie. La fierté était donc mélangée à une forme de déception et de crainte pour la suite des choses. Il y avait aussi un sentiment d'imposteur rattaché à cette perte de poids qu'elle savait temporaire. Elle s'imaginait d'une certaine manière que son mari serait déçu qu'elle reprenne son poids bien qu'il ne formulait pas de commentaires en ce sens.

« Je me souviens comment je me sentais *hot*. Je me disais "hey wow je suis donc bien *hot*, j'ai réussi à perdre ça" et tout le kit, mais en-dedans, j'étais vraiment malheureuse parce que je me disais je peux pas croire que je vais faire ça toute ma vie c'est épouvantable ce régime-là. C'était vraiment épouvantable et c'est drôle ça c'est là, le soir [du bal] qu'il [mon mari] m'a demandée en mariage [...] et là je me disais hey je viens encore de lui en passer une petite vite parce qu'il m'a demandée en mariage à mon top. Je sais que c'est épouvantable ce que je dis, s'il m'entendait je pense qu'il me frapperait de dire ça, voulant dire "tu as pas de bon sens!". » (participante 5, page 3)

Le participant 14 a affirmé qu'à un moment, même s'il n'avait pas atteint un poids qu'il jugeait satisfaisant, il a été fier d'avoir réussi à changer des comportements qu'il pensait ne jamais pouvoir modifier. La réaction des autres face à sa perte de poids le rendait en revanche inconfortable. Les commentaires n'étaient gratifiants que superficiellement et temporairement. Il remarquait que les gens qui le complimentaient sur sa perte de poids ne l'avaient jamais complimenté auparavant, l'amenant à se demander si ses changements de poids modifiaient sa valeur aux yeux des autres. Ces commentaires ont eu un effet particulièrement néfaste au moment de reprendre du poids.

« Après ça bon, c'est sûr ça fait du bien, il y a quelque chose de gratifiant quand des gens te complimentent parce que tu es en train de perdre du poids, mais à un moment donné, ça a aussi frappé un mur [...]. Je trouvais qu'il y avait quelque chose de à double tranchant et en fait, je trouve qu'il y a quelque chose de pervers là-dedans et avec le temps, surtout avec la chirurgie bariatrique à un moment donné ça ne me faisait plus plaisir et au contraire, ça me gossait parce que je me disais "ok ça fait que vous m'avez jamais complimenté dans ma vie et là tout d'un coup, j'ai perdu 100 quelques livres et là, vous me complimentez, là vous me témoignez du respect". Ça me faisait mal, ça a fini par me faire mal parce que des fois ça venait de gens que je connaissais depuis toute ma vie ou presque et c'était comme la première fois qu'ils me faisaient des compliments [...]. Il y a un moment où ça a fini par devenir nocif et toxique et ça m'a beaucoup frappé dans mon burn-out aussi parce que dans mon burn-out j'ai repris du poids et là je me dis, tous ces gens-là pour qui tout d'un coup j'avais de la valeur à leurs yeux quand j'en avais perdu, ça veut dire, je viens de perdre toute la valeur que j'avais en reprenant du poids là [...] Ce genre de commentaires là je les traîne encore et en fait ça a brisé beaucoup ma fierté finalement. » (participant 14, pages 8-9)

La participante 8 a aussi reçu beaucoup de rétroaction positive lorsqu'elle a perdu du poids. Elle estimait que ces commentaires l'ont toutefois encouragée dans le développement de son trouble alimentaire.

« Tout est encouragé dans le fait de perdre du poids. Ça fait que sans vouloir beaucoup de gens, m'ont encouragée dans mon trouble alimentaire, c'est naïveux, mais c'est ça. Et là, à un moment donné, tu te rends compte que tu perds, ça fait que là ça t'encourage. Le monde t'encourage, tu as comme de l'attention, tu te fais dire que t'es belle, tu te fais dire

que ça te fait bien, "continue comme ça", bien là, ça te motive à continuer. » (participante 8, page 14)

Comme le participant 14, la participante 8 trouvait que ces commentaires avaient eu un effet insidieux et que la gratification avait été temporaire. Les participantes qui avaient reçu beaucoup de félicitations après avoir perdu du poids remarquaient la disparition soudaine de celles-ci lorsqu'elles en reprenaient. Pour la participante 4, en revanche, recevoir des commentaires sur son poids n'a jamais été gratifiant. Elle n'était pas fière de sa perte pondérale car selon elle un tel résultat était dans l'ordre des choses suivant une diète. Elle n'appréciait pas recevoir des compliments sur son apparence car elle voyait un danger à ce que les autres la perçoivent comme étant belle.

« J'aimais pas ça parce que c'est comme si on me disait que j'étais belle et là ça veut dire qu'avant ça, j'étais pas belle. Ça me fâchait. De toute façon, j'aimais pas me faire dire que j'étais belle parce que je trouvais que ça avait pas rapport avec le poids, en tout cas dans ma perception, ça fait que ça m'insultait un peu et là, je rengraisais, on dirait que mon corps réagissait à ça, mon cerveau ou... je réagissais fortement à ça. » (participante 4, page 3)

Bien qu'à certaines occasions elle ait bien accueilli certains commentaires sur son poids, la participante 7 n'a pas apprécié recevoir des félicitations au sujet de son faible gain pondéral lors de sa deuxième grossesse puisqu'il s'agissait d'une période difficile au cours de laquelle elle ne se sentait pas bien et son poids n'était pas un souci prépondérant. Le fait que les gens se permettent de commenter son poids lui rappelait les commentaires blessants reçus dans la petite enfance.

« C'était pas tant la préoccupation que moi j'avais, mais c'était les commentaires des gens, on dirait que je revivais un peu mon primaire quand je me faisais écœurer par rapport à ça. On dirait quand on est enceinte, les gens se permettent plus des commentaires. » (participante 7, page 8)

Pour certaines participantes, réussir à perdre du poids était très encourageant et positif à court terme alors que d'autres demeuraient insatisfaites ou étaient inconfortables, voire réfractaires, aux réactions que cela suscitait autour d'elles. Il y avait ainsi une dimension paradoxale et dommageable à la perte pondérale. Elle était gratifiante et encourageante sur le moment, mais lorsque la perte de poids s'arrêtait et que les commentaires cessaient, les participantes retombaient dans l'insécurité, la honte et le découragement. La satisfaction temporaire qui pouvait survenir ne dissipait donc pas tous les doutes des participantes quant à leur image corporelle et le risque de dévalorisation sociale ne semblait jamais très loin. Ces commentaires leur confirmaient, qu'effectivement, les gens valorisent la perte de poids et la considèrent comme un accomplissement. Les participantes pouvaient donc en déduire que les gens remarquaient aussi la prise de poids bien qu'ils y faisaient plus rarement allusion. Même si les stratégies de perte de poids ont été interrompues à un moment ou à un autre, il semble que la perception de la nécessité de recourir à la restriction cognitive pour perdre du poids ait été intégrée à travers ces expériences et que plusieurs participantes ont commencé à se définir ou à s'attribuer une valeur en fonction de leur succès à gérer leur poids et leurs habitudes alimentaires.

Certaines participantes ont maintenu leurs stratégies sur plusieurs mois alors que d'autres en ont adopté sur de très courtes périodes. Les participantes n'ont pas toutes conservé des souvenirs précis de ce qui provoquaient l'arrêt des pratiques de contrôle du poids. Il semble que la plupart du temps, il n'y ait pas eu de raison particulière. Chez certaines participantes les changements dans les pratiques alimentaires n'étaient dans les faits parfois jamais totalement appliqués. Dans certains cas, elles ont cessé certaines pratiques par ennui ou alors, elles ont abandonné une stratégie de

perte de poids parce que la personne qui les soutenait dans ce processus avait, elle-même, abandonné. La participante 7, par exemple, se souvient d'avoir tenté un programme commercial à quelques reprises, mais elle dépendait de l'implication de sa mère qui avait la responsabilité de planifier les repas.

« Au secondaire je vous dirais, j'ai fait avec ma mère encore une fois, j'ai fait *Minçavi*. [...]. Ça fait que ça, on l'a maintenu quelques mois et bon, c'est ça, il y avait eu un certain effet de perte de poids. Le *pattern* que j'ai remarqué avec les années, avec l'analyse, avec le recul, souvent on commençait quelque chose et ma mère se démotivait souvent elle-même (rit), mais ça me démotivait, j'arrêtais moi aussi. C'est elle qui préparait les repas, qui gérait les repas donc ça, tout le temps que j'en avais à faire, je faisais des choses dans mon enfance ou mon adolescence, c'était souvent ça le *pattern*. » (participante 7, page 1)

« C'est plus, c'est ça, c'est le fait de faire un régime, je l'ai jamais vraiment suivi. On s'entend que je l'ai pas vraiment fait, mais c'était plus une intention que j'ai commencé à penser à mon poids. » (participante 7, page 1)

La participante 3 a relaté que bien qu'elle réussissait à se restreindre durant certaines périodes, elle n'arrivait pas à maintenir ses mesures à long terme.

« Je réussissais vraiment à contrôler mon apport calorique ou selon le programme du moment si c'était des points ou des je sais pas quoi là... Oui définitivement, je réussissais tout le temps pour une certaine période, ça j'ai pas de doute là-dessus [...]. Selon mon regard d'aujourd'hui je pense que de vivre en étant en mode contrôle comme ça tout le temps c'est intenable. » (participante 3, page 4)

« Puis probablement ça commence par une semaine ou deux où tu te laisses aller entre guillemets par rapport à ce qui est ton plan ou ce qui est ton cadre puis bien... un petit échec par ci un petit échec par là ou tu prends une livre et tu as l'impression que tu as tout gâché tu sais. C'est peut-être un peu les effets des distorsions là tu sais de tout ou rien puis là à un moment donné, tu te dis ok là, ça se fait tout seul finalement, t'abandonnes, jusqu'à un certain point tu te décourages. » (participante 3, page 4)

Le participant 14 pour sa part se souvient avoir cessé de prendre des laxatifs que son père lui avait achetés à la suite des commentaires d'un ami. Il a eu besoin d'un regard extérieur pour réaliser que, lui-même, ne croyait pas au bien-fondé de cette stratégie et pour décider de cesser de prendre ces pilules.

« À un moment donné, un de mes amis m'a vu prendre ça [des pilules laxatives] parce que fallait que je le prenne deux, trois fois par jour et il m'a posé la question c'est quoi je prenais. Et j'ai essayé de lui expliquer et il m'a dit "c'est n'importe quoi" et j'ai comme fait c'est vrai et j'ai arrêté (rit). » (participant 14, page 3)

L'arrêt des diètes ou la reprise du poids étaient vécus difficilement par la plupart des participantes. Le sentiment d'échec, le découragement et la culpabilité ont souvent été évoqués au fil des entretiens. La participante 3 a expliqué que, déjà à l'adolescence, elle avait des attentes élevées et strictes envers ses comportements alimentaires et qu'au moindre écart, elle avait l'impression que ses efforts n'avaient plus la moindre valeur. L'impression de devoir maintenir un contrôle parfait de ses démarches était donc un obstacle à la stabilité de ses habitudes alimentaires.

« Quand je me lâchais, je me sentais vraiment mauvaise, me dire que j'étais pas bonne, que j'avais pas de volonté. Ça fait qu'il y a comme un effet yo-yo autant sur mon poids que sur ma confiance en moi. » (participante 5, page 2)

« Le désespoir total et "j'y arriverai jamais" et "pourquoi moi" et "c'est trop injuste", tu sais et là, tu te remets à maigrir et c'est là que tu reçois une rétroaction positive et "ah mon dieu, t'es donc bien belle" et "ah câline t'as maigri, ça te fait bien". Les vêtements sont plus le *fun*, tu as un peu de choix et bon, ça fait que tu oscilles entre ces états d'âme-là un peu tout le temps. » (participante 3, page 5)

Les participantes ont aussi évoqué l'ennui et l'aspect répétitif des diètes comme des facteurs qui ont mené à leur abandon. Des circonstances de vie particulières ont fait aussi que la perte de poids

n'était plus prioritaire dans certains contextes particulièrement heureux ou au contraire, dans certains contextes émotionnellement difficiles ou encore dans certains contextes où la charge mentale liée à différentes responsabilités était très importante. Les exigences familiales, le stress lié à l'emploi ou des changements de vie importants ont parfois empêché les participantes d'exercer le contrôle qu'elle désirait sur leur alimentation. Même lors de périodes stables, les règles que s'imposaient les participantes étaient souvent trop strictes et insuffisamment adaptées à leurs goûts et leur mode de vie.

« J'ai repris du poids après ça parce que finalement c'était insupportable. J'étais pas capable de supporter de manger ça tout le temps. » (participante 5, page 3)

« Parce qu'il y a un bout où ça fonctionne, c'est un peu l'ironie, le paradoxe. Ça fonctionne, mais ça fonctionne un temps parce que on est pas capable de maintenir ça pendant des mois ou quand on le fait pendant des mois, le corps finit par nous lâcher [...] mais ça [les restrictions] s'est continué jusqu'à 26 ans à peu près où là j'ai réussi à maintenir vraiment pendant une longue période de temps presque un an et demi, deux ans. Mais à la fin, mon corps a un peu fait un *shut down* là, j'étais constamment malade. » (participante 11, page 2)

La satisfaction, la fierté et la confiance que certaines participantes ressentaient lorsqu'elles voyaient leurs efforts aboutir étaient donc de courte durée et rapidement effacées par un sentiment d'échec renouvelé lié à la reprise du poids ou à l'incapacité à maintenir les restrictions alimentaires. Ainsi, l'impression de devoir se restreindre occupait non seulement une place importante dans les pensées des participantes, mais influençait aussi leurs émotions et leur perception d'elles-mêmes. Pour plusieurs participantes, la gestion du poids était liée à beaucoup d'anxiété, de culpabilité et de honte. Au fil des années, les participantes ont donc commencé à réaliser non seulement que les diètes ne leur permettaient pas de perdre du poids, mais qu'elles y consacraient aussi beaucoup d'énergie et que leur estime d'elles-mêmes diminuait. À des rythmes bien différents, elles ont

remis en question le bien-fondé de certaines de leurs stratégies amaigrissantes. Graduellement, ces stratégies ne leur apparaissaient plus comme des solutions, mais plutôt comme une source de problèmes.

3. REDÉFINITION DU PROBLÈME ET DE SES SOLUTIONS

Au fil de leurs tentatives de perte de poids, les participantes ont vécu plusieurs difficultés et ont constaté que plusieurs de leurs stratégies n'ont pas fonctionné. Dans ces moments, elles cherchaient à mieux comprendre leurs besoins et leurs aspirations; elles faisaient un bilan et cherchaient d'autres avenues pour améliorer leur relation avec leur corps et leur alimentation. Quelques participantes ont écarté certaines pratiques graduellement alors que d'autres ont rejeté entièrement le principe de la restriction alimentaire à partir d'un moment précis. Quelques-unes étaient d'avis que les restrictions alimentaires pourraient être appliquées de manière plus saine alors que d'autres pensaient que la solution se trouvait plutôt dans l'acceptation et l'écoute de soi. Graduellement, les participantes se sont donc mises à penser à leurs pratiques avec davantage de recul et de manière plus critique.

Ce processus délibératif ne se limite pas à une période précise bien circonscrite puisque les réflexions des participantes fluctuaient constamment. Les participantes ont commencé à remettre en question certaines injonctions sociales avant même de faire des diètes et leurs réflexions ont continué d'évoluer même après avoir entamé un changement de paradigme important. Certains moments semblent toutefois marquants dans le processus de réorientation de leurs aspirations en lien avec le corps et l'alimentation. La présente catégorie inclut donc ces moments qui semblent les plus déterminants dans leur processus. La catégorie a été divisée en différents sous-processus significatifs. Ceux-ci comprennent : (1) le rejet de certaines pratiques restrictives; (2) la découverte d'autres approches; et (3) la poursuite d'une démarche pour prendre soin de sa santé psychologique.

Figure 4: Catégorie #3 Redéfinition du problème et de ses solutions

3.1 Rejet de certaines pratiques restrictives

3.2 Découvrir d'autres approches

- 3.2.1 Libéraliser les choix alimentaires
- 3.2.2 Écoute des signaux de faim et de satiété
- 3.2.3 Prioriser le plaisir de manger et de faire de l'activité physique

3.3 Démarche psychologique

Rejet de certaines pratiques restrictives

Les participantes ont effectué une remise en question des pratiques restrictives à des rythmes très différents. Deux des participantes ont eu l'impression d'avoir frappé un mur et ont senti qu'il était impératif de trouver de l'aide professionnelle pour que les restrictions cognitives par rapport à l'alimentation cessent de nuire à leur santé. Le parcours de la plupart des participantes est cependant jonché de périodes de rejet temporaire et de remise en question progressive. Plusieurs participantes ont réévalué le bien-fondé de certaines pratiques qu'elles jugeaient plus extrêmes ou intenses au fil de leurs expériences et de leurs circonstances de vie. Pendant ces moments, elles n'ont pas nécessairement remis en question l'idée de maigrir ou de s'imposer certaines restrictions, mais elles sont souvent devenues plus sceptiques face à certaines pratiques.

Le découragement ou un constat d'échec a parfois amené les participantes à prendre du recul par rapport aux pratiques alimentaires restrictives. La participante 9, par exemple, a cessé de faire des diètes et d'investir dans des programmes de sport ou de nutrition dans le but de perdre du poids. Elle s'inquiétait pour sa santé, mais ne souhaitait pas s'imposer de règles alimentaires (dont elle ne remettait pas en question le bien-fondé). Elle se trouvait alors dans un état de découragement et d'inaction.

« En fait, il y a eu dix ans où je ne faisais plus rien, je voulais plus rien savoir de régime machin à la mode, je voulais rien savoir de rien. » (participante 9, page 4)

« C'était du yo-yo perpétuel et après, c'est devenu genre, "je m'en fous, je suis grosse", après ça me faisait pleurer. » (participante 9, page 4)

Il y a eu certaines périodes où les participantes ont simplement laissé tomber les pratiques restrictives parce que cela n'était plus une priorité. Les participantes ont souvent délaissé temporairement les pratiques restrictives pour différentes raisons. Elles gardaient cependant espoir qu'il y aurait éventuellement un moment plus favorable où elles pourraient se « reprendre en main » et ré-entamer le processus de perte pondérale.

« J'étais dans le lâcher-prise complet, pas de mon désir de maigrir mais je me disais à un moment donné, je vais me planter je vais me reprendre, mais pas là, j'étais pas là. » (participante 3, page 8)

La participante 4 a aussi témoigné d'un moment où elle était trop submergée par diverses responsabilités pour faire des diètes. Le stress et un emploi du temps chargé l'amenait en revanche à manger moins.

« J'ai pas fait beaucoup de diètes durant ce temps-là parce que jusqu'à ce que je sois enceinte de mon dernier, j'ai pas tant fait de diète parce que je mangeais presque pas. J'avais pas le temps, je travaillais 12 heures par jour, je courrais tout le temps. J'étais tout le temps stressée et j'étais tout le temps à fleur de peau, plein d'émotions. » (participante 4, page 17)

La participante 5 a relaté que les pratiques restrictives n'étaient pas compatibles avec un mode de vie plus festif. Elle considérait qu'entamer une diète amaigrissante aurait nuit à son bonheur à un moment où sa vie sociale était particulièrement active. Elle n'a donc pas fait de diète pendant une

certaine période, mais avait tout de même un sentiment de culpabilité par rapport au poids qu'elle gagnait.

« Je dirais qu'après le secondaire j'étais plus insouciant un peu. J'étais heureuse, j'étais bien avec mon chum et là, je me suis mise à reprendre du poids. Et puis là, la diète n'était plus une option. On faisait le party et tout le kit. Mon chum prenait pas autant de poids que moi, mais je me suis comme laissée aller parce que j'étais bien et j'étais heureuse, ça me tentait plus de me casser la tête avec des régimes. » (participante 5, page 2)

La participante 6 a raconté avoir cessé les pratiques restrictives à un certain moment car les recommandations des professionnels de la santé étaient répétitives et elle remarquait que son envie de manger de la malbouffe réapparaissait. Elle n'avait pas l'impression que son besoin se situait au niveau des connaissances. Elle en était venue à penser que les plans alimentaires ne pouvaient pas l'aider à comprendre et à agir sur les éléments qui déclenchaient les comportements alimentaires qu'elle estimait problématiques.

« Je sais ce qu'il faut faire au niveau de la bouffe [...]. J'ai décroché de tous les plans alimentaires, j'ai pas remarqué là-dedans finalement. » (participante 6, page 4)

Pour la participante 10, la cohabitation avec son conjoint a rendu certaines structures alimentaires rigides difficiles à mettre en pratique. Elle a cessé de mettre en application des stratégies qu'elle ne se voyait pas maintenir à long terme. Cela coïncidait aussi avec le changement de ses priorités : elle avait d'abord voulu perdre du poids pour trouver un amoureux, puis son intention de perdre du poids s'est orientée vers le souhait d'avoir une grossesse optimale et d'être en santé pour son futur enfant. Ces nouvelles priorités semblaient davantage cohérentes avec une approche plus flexible. Elle n'a donc pas remis en question la pertinence de perdre du poids, mais elle n'était plus

prête à s'engager dans des approches qui nécessitaient un contrôle strict et des suivis rapprochés axés sur la perte de poids à court terme.

« Non c'est sûr, je veux pas, je referais pas de diètes restrictives, celles où j'allais me faire peser une fois par semaine. Je pense que c'était très contextuel aussi, ça a super bien fonctionné. C'est sûr que je pense que j'étais vraiment dans un *mindset* qui faisait que ça allait fonctionner d'une manière ou d'une autre, mais là de le faire au quotidien... » (participante 10, pages 5-6)

La participante 13 a pris conscience, au fil des expériences, de ce qu'elle trouvait difficile avec les diètes amaigrissantes et a réévalué ce qu'elle considérait acceptable. Elle s'est mise à chercher des méthodes moins intenses toutefois sans remettre en question la pertinence de s'imposer certaines restrictions. Elle se sentait donc plus en contrôle et plus confiante. Elle considérait avoir appris ce qui fonctionnait moins bien pour elle et avoir ajusté ses pratiques en conséquence.

« C'est dur sur le corps et puis c'est dur sur le moral. Et puis, tous les régimes que j'ai faits étaient sur le même modèle de restriction donc jusqu'à ce que je me renseigne énormément et puis que je choisisse un type d'alimentation, un type de régime qui est beaucoup moins restrictif... Mais en fait, tous ces régimes-là, ça m'a permis aussi de me constituer une boîte à outils et de faire quelque chose contre mon poids que moi j'ai décidé. » (participante 13, page 2)

Des participantes, comme le participant 2, ont douté de leur capacité personnelle à suivre des diètes et non du bien-fondé des diètes elles-mêmes. Le participant 2 a simplement constaté que les diètes n'étaient pas adaptées à son mode de vie, ses préférences et à l'alimentation des personnes qui l'entouraient. Il avait de la difficulté à appliquer des règles comme la diète cétogène, par exemple, lors des événements familiaux. S'imposer une alimentation fortement différente de celle de ses proches et de leurs traditions culinaires était exigeant. Il a eu du mal à maintenir les diètes

amaigrissantes qu'il a débutées et a donc cessé d'essayer en raison d'un certain sentiment d'impuissance.

« Je sais pas pour les diètes si ça m'aurait donné des... c'est sûr que suivre certaines diètes, ça donne des indications puis quoi faire et comment procéder, mais je sais pas, le fait que je sois dans, dans une situation, c'est difficile de se mettre disons sur un seul chemin parce que tout change d'une journée à l'autre. » (participant 2, page 4)

Certaines circonstances ont également forcé les participantes à prendre du recul temporairement. La participante 4 a raconté que durant une de ses grossesses, elle a cessé de se préoccuper de son poids et s'est mise à manger beaucoup plus.

« Ouais mais vraiment là, c'est comme si je me retenais pas là, je mangeais tout ce que je voulais, quand je voulais le soir (rit). En tout cas c'est effrayant, je faisais de l'hyperphagie [...]. Sur le coup, enceinte, ça ne me dérangeait pas parce qu'une femme enceinte qui engraisse, c'est pas grave (rit), c'est pas mal vu. De toute façon tout le monde me disait de manger alors je me dis bon, c'est ça fait que j'ai pris beaucoup de poids. » (participante 4, page 2)

Il y a eu d'autres moments où le stress et les responsabilités ont aussi entraîné une pause dans leurs pratiques restrictives. L'urgence de régler les problèmes à court terme devenait tout à coup plus prioritaire.

« Je travaillais plus, j'étais avec les enfants. Il [ancien conjoint] payait pas le loyer, le téléphone, l'électricité rien donc c'était l'enfer. » (participante 4, page 16)

La participante 4 évoquait donc des circonstances de vie où elle n'avait tout simplement pas l'énergie de s'investir dans des méthodes de perte de poids. Cela ne signifiait pas pour autant

qu'elle était plus satisfaite de son alimentation et de son corps, mais plutôt, qu'elle en était davantage déconnectée.

Il est arrivé que les participantes doutent du bien-fondé d'une stratégie de perte de poids, mais s'y adonnent tout de même pour s'accrocher à l'espoir de parvenir à régler leur *problème* de poids. Cet espoir était parfois difficile à rationaliser. Ces participantes ont été confrontées à l'absence de succès à long terme, mais cela n'enrayait pas nécessairement l'espoir qu'une nouvelle stratégie restrictive puisse fonctionner.

Pour certaines participantes, l'accumulation des échecs a fini par mener à un refus de recourir à certaines pratiques restrictives, mais des circonstances ont parfois favorisé l'arrêt délibéré de celles-ci. Pour la participante 5, par exemple, la naissance de son premier enfant a été le déclencheur qui a mené à la décision de cesser les diètes qu'elle qualifiait de drastiques. La participante 5 a été consciente pendant son enfance que sa mère faisait des diètes. Elle voulait plutôt transmettre un modèle positif à ses enfants et ne pas leur inculquer indirectement les restrictions alimentaires.

« C'est parce qu'entre les deux enfants, j'ai eu un moment de découragement intense et j'ai appelé au CLSC pour savoir si je pouvais avoir de l'aide et ils m'ont dit ce programme-là existe, mais il y a un an d'attente ça fait que j'ai attendu et j'ai été appelée [...] j'ai pas fait de diète drastique comme j'avais fait avant. Ça je me suis toujours dit que je referais plus ça [...]. C'était le fait d'avoir un enfant et je me disais quelle sorte de rôle je vais jouer là-dedans. » (participante 5, page 6)

Plusieurs participantes ont cherché du soutien lorsqu'elles ont réalisé que les diètes ne leur convenaient pas, mais la participante 4 a plutôt pris la décision de cesser les diètes restrictives en

participant à un cours sur l'alimentation intuitive alors qu'elle croyait au départ qu'il s'agissait d'une méthode de perte de poids. Ce cours a été pour elle une opportunité de réaliser qu'effectivement, les diètes amaigrissantes ne l'avaient jamais aidée à maintenir son poids à moyen ou long terme.

« J'ai pris un cours sur l'alimentation intuitive, puis j'ai commencé à comprendre que si le corps le demande, c'est de ça qu'il a besoin. J'ai décidé que même si j'étais avec un surplus de poids, je ferais plus de régime. C'est fini, c'est pas nécessaire autrement dit, je vais toujours reprendre plus parce que à chaque fois que j'ai fait un régime, j'ai maigri et après ça j'ai repris du poids plus que le poids initial duquel je suis partie. J'ai compris que chaque fois que je fais un régime je suis plus grosse au bout de la ligne. » (participante 4, page 5)

Quelques participantes ont réalisé que les restrictions alimentaires étaient devenues un problème en elles-mêmes et les empêchaient de s'épanouir. La participante 8 et la participante 11 ont ainsi conclu qu'elles n'avaient alors plus le choix de demander de l'aide.

« Je me suis tannée de faire le yo-yo. Je ne savais plus comment faire de toute façon pour perdre du poids, ça marchait difficilement, je me suis tannée, j'ai appelé une nutritionniste spécialisée en comportement alimentaire. » (participante 8, page 1)

« À l'époque, j'avais mon entreprise, je vivais une grosse période de stress alors initialement c'était un peu pour pouvoir ventiler sur cette situation-là et ça faisait quand même plusieurs mois, années que je me rendais compte qu'il y avait quelque chose de comme pas normal dans ce procédé-là [les cycles de restrictions et de perte de contrôle]. J'étais de plus en plus inconfortable, je vivais de plus en plus de culpabilité à chaque fois que je faisais une crise [d'hyperphagie] donc c'est principalement ça qui m'a motivée à aller chercher de l'aide. » (participante 11, page 2)

Pour ces deux participantes, la période de transition vers l'alimentation intuitive a coïncidé avec un épuisement professionnel. L'alimentation n'était pas la seule source de stress à avoir conduit à cet état d'épuisement, mais la culpabilité à l'égard de l'alimentation semblait constituer un fardeau

quotidien. La trajectoire de ces participantes reflète une coupure assez nette entre un rapport envahissant au contrôle alimentaire et un engagement dans une démarche pour changer de paradigme.

En résumé, la plupart des participantes ont remis en question progressivement certaines pratiques restrictives à force de ne pas pouvoir en tirer de bénéfices à long terme. Les contraintes pratiques, la difficulté de maintenir les règles alimentaires au quotidien et une réflexion critique par rapport aux valeurs que peuvent transmettre leurs propres pratiques ont largement contribué au rejet de certaines pratiques restrictives. Cela a parfois laissé les participantes tiraillées entre la culpabilité de se « laisser aller » et leur aversion pour les pratiques alimentaires restrictives. Cette remise en question a aussi mené plusieurs participantes à chercher d'autres approches, que ce soit d'autres approches restrictives qui leur paraissaient plus convenables ou des approches s'inscrivant dans d'autres paradigmes, comme l'alimentation intuitive.

Découverte d'autres approches

Les participantes qui ont pris connaissance d'approches non-restrictives telles que l'alimentation intuitive, l'ont fait à différents stades de leur processus réflexif. Pour certaines, le fait de vouloir rejeter les pratiques restrictives a entraîné la recherche active d'approches alternatives alors que pour d'autres, ce sont inversement les discours axés sur l'alimentation intuitive et l'acceptation corporelle qui ont entraîné un désir de rejeter les pratiques restrictives.

Plusieurs participantes ont participé à un programme ou ont eu un suivi professionnel davantage tourné vers le rejet de la mentalité des diètes, l'alimentation intuitive ou l'acceptation corporelle.

Les participantes qui ont réalisé l'ampleur avec laquelle les pratiques restrictives minaient leur qualité de vie étaient particulièrement disposées à essayer des approches telles que l'alimentation intuitive.

« Je suis tombée dans des crises de compulsions alimentaires, je mangeais sans fin plusieurs fois par semaine sans pouvoir contrôler justement ces rages-là et après ça je me sentais vraiment coupable d'avoir perdu le contrôle. Ça fait que je retombais dans de la restriction alimentaire et là, je finissais par avoir une crise de compulsion. J'ai pataugé là-dedans pendant à peu près un an et c'est là que j'ai fait une demande d'aide avec une nutritionniste et une psychologue. » (participante 11, page 2)

« Je savais plus comment faire de toute façon pour perdre du poids, ça marchait difficilement je me suis tannée, j'ai appelé une nutritionniste spécialisée en comportement alimentaire. Premier rendez-vous octobre 2017, c'est là que ça a tout déboulé [...]. Vraiment avec l'alimentation consciente, intuitive etc., elle m'a enlevé, ben elle m'a (rit) sa technique m'enlevait tous mes repères, tout le contrôle que j'avais là-dessus. » (participante 8, page 1)

Ces participantes n'étaient donc pas nécessairement confortables ou confiantes vis-à-vis l'alimentation intuitive, mais avaient l'impression de ne pas avoir d'autres choix que d'essayer quelque chose de différent. Ces participantes avaient volontairement cherché à consulter des professionnels qui les aideraient à concevoir leur alimentation différemment.

La participante 5 avait aussi été découragée par les approches restrictives et avait fait appel à un CLSC pour trouver de l'aide. Elle a ainsi participé à un programme pour les femmes préoccupées par leur poids.

« Il y avait un programme [...] Bon ça je l'ai fait pendant ma grossesse, je savais pas que j'étais enceinte et là ça vient de me revenir, mais je l'ai fait pendant, avant que je tombe enceinte pis ça a continué pendant que j'étais enceinte ce qui explique j'ai pris seulement 5livres [pendant la grossesse]. [...] Vraiment, j'ai adoré ça, j'ai aimé, j'ai comme, j'ai été

capable de lâcher le contrôle, là plus qu'on en parle, je me demande si c'est pas le fait que là j'étais après la grossesse, j'étais fatiguée et je sais pas trop sauf que ça m'a aidée à passer à travers la grossesse, passer une grossesse pas comme la première. J'ai vraiment adoré ce programme-là. Ça date de 2006 donc j'oublie un peu les bases, j'avais oublié un peu les bases, J'ai tout gardé ça. J'avais beaucoup aimé ça parce qu'on avait identifié chacun des régimes qu'on avait fait justement et on avait regardé le bon et le mauvais. » (participante 5, page 5-6)

Pour d'autres participantes, la découverte de l'alimentation intuitive était plutôt circonstancielle. La participante 4, par exemple, a pris un cours sur l'alimentation intuitive pensant que c'était une méthode de perte de poids et cela a finalement constitué un déclencheur pour remettre en question les pratiques restrictives.

« Bien, au début, la première fois que j'en ai entendu parler c'est sûr que j'ai pensé 'c'est une méthode pour maigrir là' [...] Bien, je savais que c'était une méthode, je me doutais... j'étais mélangée là-dedans, je me disais "c'est une méthode pour maigrir ou bien donc c'est quoi?". Je comprenais pas vraiment c'était quoi exactement ce programme-là donc là je plonge là-dedans. » (participante 4, page 8)

Pour quelques participantes, la connaissance des approches basées sur l'écoute des signaux de faim et de satiété n'a pas entraîné un changement immédiat dans les pratiques. La participante 3, par exemple, a entendu parler de l'approche avant de se sentir prête à délaissier les restrictions. Il y a donc eu un délai entre le moment où la participante a commencé à percevoir qu'il s'agissait d'une meilleure option et le moment où elle a changé ses pratiques.

« J'étais allée voir [une entreprise proposant des consultations en nutrition] et ça m'avait fait un peu... parce qu'ils avaient commencé à introduire la notion du fait que "non, vous allez pas perdre du poids, boom, comme ça, tout d'un coup en ayant cette approche-là" et que je pouvais manger ce que je voulais en même temps tout en écoutant ma faim, ma satiété. Ça m'avait comme fait peur. J'étais sur le point de me marier dans quelques mois et je voulais perdre plus de poids que ça avant de me marier. Je m'étais dit "non, je suis pas prête à ça, j'ai besoin de quelque chose de plus rapide que ça et j'y reviendrai" puis bon, je sais pas si j'ai vraiment perdu plus de poids que ça avant de... Je pense que j'étais peut-

être allée voir une autre nutritionniste, je sais pas quoi. Mais euh bref, je me suis mariée et après ça, j'ai eu un bébé et après ça je suis allée voir une nutritionniste qui, elle, était ultra conventionnelle avec les pratiques conservatrices d'avant "tu vas calculer-ci nanana". J'avais pas aimé ça et finalement j'ai fini par revenir à [la même entreprise proposant des consultations en nutrition] et là je suis tombée sur une nutritionniste avec qui ça a vraiment cliqué. Elle m'a fait cheminer vraiment plus sur l'écoute de la faim de la satiété. » (participante 3, page 9)

Être exposé à des discours différents a aussi constitué un premier pas pour le participant 14. Il a été en contact avec une nutritionniste dans le cadre de son travail ce qui lui a fait réaliser que les discussions au sujet de l'alimentation pouvaient être positives. Être exposé à une autre perspective de l'alimentation lui a permis d'être plus réceptif envers les diététistes-nutritionnistes car il conservait de mauvais souvenirs des consultations qu'il avait eues durant l'enfance.

« À un moment donné dans ma vie professionnelle, bon j'animais à la radio et puis il y avait une nutritionniste qui faisait une chronique à l'émission que j'animais et je dois avouer que ça m'a comme réconcilié. Ça m'a fait "ah il y a des nutritionnistes qui sont cool" et je trouve qu'elles ont une bonne tête et qu'elles sont pas juste en train de taper sur les doigts des gens. Je pense qu'il y a une évolution dans le métier aussi, dans la profession, de ce que j'en comprends et de toutes mes discussions maintenant avec beaucoup de gens en nutrition, j'en comprends qu'il y a eu une évolution entre les années 90 et aujourd'hui. Ça m'a fait allumer, elle le sait pas là, je lui ai jamais dit, mais elle m'a fait beaucoup réfléchir justement sur "ok donc finalement la relation avec la nourriture est pas obligée d'être douloureuse" [...]. C'est, qu'en fait, elle donnait des conseils en ondes et c'était des chroniques où elle parlait de nutrition, où elle donnait des conseils et juste le fait de l'écouter et de discuter avec elle, en tout cas, elle le sait pas, mais moi ça m'a vraiment fait réfléchir sur beaucoup de choses et ça a fait en sorte que j'étais peut-être maintenant plus ouvert à parler à des nutritionnistes et aussi à en parler aux autres et à aller chercher ce soutien-là. » (participant 14, page 7)

La participante 7 a commencé à vouloir s'accepter davantage en raison notamment du témoignage d'une connaissance sur les médias sociaux. Le fait que cette personne ait partagé son histoire l'a encouragée à remettre en question certaines normes et à lire sur le sujet. Ces discours sur l'acceptation corporelle l'ont amenée à rejeter certaines pratiques restrictives.

« J'ai commencé à lâcher prise un petit peu et à m'informer justement, à m'informer par rapport à l'acceptation de soi et tout. Mais il y a toujours... c'est fragile quand même. Donc c'est ça, j'ai commencé un petit peu plus à accepter qui j'étais et que je serais jamais... que j'étais moi et c'était valide mon corps comment qu'il était. C'était un petit peu... j'étais pas active tant que ça, j'essayais toujours de l'être et je pense que j'essayais toujours de l'être inconsciemment pour perdre du poids. Donc c'est ça j'essayais plus de bouger, mais mon alimentation, j'étais plus dans le lâcher-prise mais pas dans le laisser-aller, mais juste j'essayais de lâcher prise par rapport à je voulais pas contrôler mon alimentation, je voulais pas faire des régimes. C'était contre un peu mes principes depuis à peu près ce moment-là.
» (participante 7, page 4)

Le fait d'être exposées et d'être réceptives à d'autres discours et approches a donc permis aux participantes de concevoir d'autres manières de concevoir leur alimentation. Le simple fait de connaître des approches alternatives ne rendait cependant pas ces approches nécessairement envisageables pour les participantes. La participante 3, par exemple, a raconté dans l'extrait ci-haut ne pas avoir été prête à tirer un trait sur l'espoir d'une perte de poids rapide. La participante 13 pour sa part a indiqué ne pas avoir cherché de ressources expressément axées sur l'alimentation intuitive, mais être au courant que plusieurs nutritionnistes encourageaient maintenant l'écoute des signaux de faim et de satiété plutôt que l'adoption de règles alimentaires strictes. Elle a expliqué cependant ne pas croire que cette approche puisse être appropriée pour elle.

« Euh... difficilement applicable à moi parce que bien, le sentiment de satiété, euh, il est pas mal *fucké* chez moi donc... Mais je sais que c'est une des bonnes choses à faire [l'écoute des signaux de faim et de satiété]. » (participante 13, page 13)

La participante 10 a été encouragée à écouter davantage ses signaux de faim et de satiété par une nutritionniste qu'elle a consultée dans le but de perdre du poids.

« C'est sûr que, un de ses conseils, c'est de s'arrêter pendant le repas, de se questionner si on a encore faim. On le fait et c'est difficile, bien c'est sûr que le fait de le faire en couple, c'est très aidant parce qu'on peut le rappeler à l'autre, on le fait peut-être pas systématiquement à tous les repas, mais quand on a des plus grosses portions comme au restaurant, on se questionne pas mal plus si on a encore faim, si on peut amener les restants à la maison. On le fait pas mal plus que ce qu'on faisait avant donc on en a parlé oui, puis on essaie de mettre en pratique les trucs. » (participante 10, page 6)

Sans remettre en question entièrement le paradigme des restrictions ou de l'importance de la perte de poids, elle a donc été exposée à certains concepts de l'alimentation intuitive et a appris à les mettre en application. Si elle ne considérait pas cette approche comme une diète, elle n'a pas non plus employé les termes « alimentation intuitive » ou « alimentation pleine conscience » pendant l'entretien. Elle a simplement expliqué qu'elle ne s'imposait plus d'interdit alimentaire et tentait d'être davantage à l'écoute de ses signaux de faim et de satiété. La découverte d'approches alternatives à la restriction alimentaire n'a donc pas pris la même forme pour toutes les participantes dans la mesure où certaines participantes ont adopté l'ensemble des principes de l'alimentation intuitive et d'autres n'en ont retenu que certains éléments.

Le fait de découvrir de nouveaux discours au sujet de l'alimentation et de nouvelles approches comme l'alimentation intuitive a donc apporté beaucoup d'espoir aux participantes qui trouvaient que les restrictions alimentaires étaient devenues intenables dans leur vie. Toutefois, cela n'empêchait pas les participantes d'avoir des doutes quant à l'approche ou d'avoir certaines craintes par rapport à la possibilité de perdre le contrôle de leur alimentation. La participante 3 a indiqué que même si l'écoute des signaux de faim et satiété lui paraissait être l'approche la plus saine et la plus valide scientifiquement, elle a quand même persisté à utiliser des approches restrictives qu'elle n'appréciait pas dans le but de perdre du poids à court terme. L'alimentation intuitive lui semblait donc l'approche la plus rationnelle, mais l'impression qu'elle avait depuis

l'enfance qu'elle devait atteindre un certain poids pour pouvoir être heureuse demeurait imprégnée en elle malgré ses remises en question. La connaissance d'autres approches a donc permis aux participantes d'envisager un changement dans leur rapport à l'alimentation, mais ne les amenaient pas automatiquement à être prêtes à s'investir pleinement dans ces nouvelles façons de penser et de faire.

Pour les participantes qui ont entrepris d'intégrer des aspects précis de l'alimentation intuitive, apprendre à libéraliser les choix alimentaires, à écouter leurs signaux de faim et de satiété et à prioriser le plaisir de manger et de faire de l'activité physique (par opposition à la performance ou au contrôle) ont été des étapes importantes de leur changement de paradigme.

3.1.1 Libéraliser les choix alimentaires

Plusieurs participantes ont entrepris une démarche pour réintégrer certains aliments qu'elles s'interdisaient autrefois. L'idée de ne plus s'interdire d'aliments était stressante et déstabilisante pour certaines. Alors que quelques-unes se sont fait conseiller par leur nutritionniste de réintégrer les aliments interdits de manière progressive, d'autres ont réintégré tous les aliments autrefois interdits en même temps.

« Elle [la nutritionniste] a fait faire une liste de tous les interdits qu'on s'interdit de manger et [suggérer de] commencer avec le moins pire en bas de notre liste... je le savais même pas que j'avais une liste mautadit "Ah ça je mange pas ça, ça je mange pas ça, ça je mange pas ça". Et même après avoir fait toute la liste, l'année d'après j'avais encore une autre liste que je m'étais même pas rendue compte que j'avais, je savais même pas que c'était des interdits (rit) [...]. Bien quand j'ai tout réintroduit les aliments en même temps, j'étais pas supposée de faire ça en même temps, mais moi j'ai tout fait en même temps. » (participante 4, pages 8-9)

« Ça s'est un peu installé de façon progressive sans trop que je m'en rende compte et j'étais rendue que j'avais vraiment beaucoup d'aliments que je mangeais plus du tout. C'était comme sur ma *blacklist* d'aliments que ça, il fallait pas que je mange ça. Donc c'était de réintégrer progressivement ces aliments-là malgré l'inconfort et l'anxiété que ça pouvait faire vivre. Le chocolat que je mangeais pas, bien pendant X nombres de jour ou de semaines, bien je mangeais du chocolat jusqu'à me rendre à la fin de ce goût-là de chocolat. » (participante 11, page 3)

« Bien c'était un peu intense (rit) mais c'est ça, je pense que j'étais rendue là dans ma vie, à faire confiance... Peut-être un peu de naïveté ou... je pense que j'avais besoin justement d'essayer autre chose, j'étais toujours passée par le même chemin et là je me rendais bien compte que je frappais chaque fois un mur. Mais j'ai mangé mon chocolat pendant des semaines avant d'arriver au bout. On commençait pas avec un aliment hyper intense non plus, quelque chose qui faisait vivre de la culpabilité mais moins qu'un autre. Et là de me rendre compte que je finissais par à un moment donné être au bout de ce goût-là et que j'étais capable de le voir en circulation dans ma maison sans avoir envie de le manger au complet systématiquement. J'ai eu mes petites réussites progressivement donc j'ai aussi gagné confiance dans le processus en le faisant, mais fallait comme l'essayer pour savoir si ça allait vraiment fonctionner. Finalement moi ça a fonctionné. Même si c'était émotif, que ça faisait monter l'anxiété, je me rendais compte qu'il y avait pas d'aliments plus dangereux et que j'étais capable d'avoir un contrôle, de reprendre un contrôle sur ces aliments-là et d'en manger, mais d'en manger sans nécessairement manger le sac de chips au complet et d'y trouver satisfaction. » (participante 11, pages 3-4)

« J'ai encore un surpoids sérieux, mais j'ai réussi des choses. Par exemple et ça, c'est essentiel, avant, j'avais un rapport d'interdit avec le chocolat, avec les gâteaux, bref toutes les choses qui font grossir et donc, du coup, je ne l'achetais pas, je m'interdisais de le faire. Quand ça arrivait, quand il y avait des gâteaux chez les gens, bien, je me jetais dessus quoi. J'étais incapable de manger le gâteau, bien deux biscuits quoi, fallait que je me bourre la face tout le temps et jusqu'à me faire mal au ventre comme s'il n'y en aurait plus après quoi. Il fallait en profiter et grâce donc à [un programme sur l'alimentation intuitive], maintenant, je suis capable d'avoir des chips dans mon garde-manger ou même d'acheter des biscuits et d'être totalement... Je m'en fous quoi, j'en prends un de temps en temps, deux, voilà quoi, j'ai ce contrôle-là naturel maintenant. » (participante 9, page 4)

Réintégrer les aliments autrefois interdits a donc été un processus non négligeable de la trajectoire des participants puisque certaines d'entre elles avaient appris à craindre ces aliments. Pour retrouver une certaine flexibilité, les participantes ont aussi appris à percevoir et à faire davantage confiance à leurs signaux de faim et de satiété.

3.1.2 *Écoute des signaux de faim et de satiété*

Plusieurs participantes avaient perdu l'habitude de percevoir leurs signaux de faim et de satiété; réapprendre à percevoir ces signaux a donc pris du temps. Certaines ont adopté la stratégie de manger plus souvent pour réapprendre à percevoir la faim. La participante 4 a expliqué avoir d'abord intégré un horaire plus régulier pour se déshabituer à ignorer sa faim. Elle a ensuite été en mesure de s'alimenter de manière plus flexible selon ses envies et ses signaux de faim et de satiété. Certaines règles étaient donc parfois nécessaires de manière transitoire pour favoriser la reprise de contact avec ces signaux.

« Quand tu te lèves tu manges. Trois heures après, tu as faim, tu manges une collation, trois heures après tu soupes, tu dînes, tu soupes un des deux. C'est trois repas, trois collations, tu manges quand t'as faim à un moment donné. Au début c'est ça, manger aux trois heures. Je mettais un petit cadran [une alarme] sur mon téléphone, pas obligée de manger un repas aux trois heures mais manger aux trois heures pour que ton corps ait faim. Ça a commencé comme ça, mais j'ai jamais faim mais là je me suis dit "ok ça ça marche". Au moins, j'étais plus tout le temps agressive. » (participante 4, page 7)

Les participantes ont appris que leurs signaux de faim et de satiété fonctionnaient et que même si elles mangeaient plus à un moment précis, elles ne tombaient pas dans l'*excès* pendant une période prolongée.

« Je pense que ça s'est fait vraiment progressivement en déconstruisant ces pensées-là que j'avais et justement en me reconnectant davantage à mes signes de faim et de satiété. Je me rendais compte, c'est pas parce que je mangeais une crème glacée une journée que le lendemain ou le surlendemain, j'avais pris cinq livres là et que justement à un moment donné, ton corps, il s'auto, un peu régule là-dedans. Si tu as mangé un peu plus une journée, probablement les jours qui vont suivre, il va demander moins de... justement moins de nourriture parce qu'il en ressent moins le besoin. Donc c'est peut-être plus d'avoir gagné confiance à, reprendre confiance en mon corps et en sa capacité de s'autoréguler. » (participante 11, page 3)

Une participante a raconté que la grossesse a amélioré sa perception de ses signaux de faim et de satiété car elle ne se sentait pas bien si elle ne les écoutait pas.

« Quand j'ai été enceinte, il y a vraiment eu des déclics parce que tout à coup ça devenait vraiment facile d'écouter ma faim, ma satiété, parce que si je l'écoutais pas dans un sens comme dans l'autre, je me sentais pas bien. » (participante 3, page 9)

Pour d'autres participantes, il s'agissait surtout de prendre l'habitude de manger plus lentement et de se rappeler qu'il n'est pas nécessaire de finir son assiette.

« J'avais beaucoup aimé ça apprendre plus à déguster. C'est un peu ce qu'on dit là, dans le fond de s'alimenter de façon, d'écouter nos signaux de faim et de satiété et de se nourrir pour les besoins du corps finalement. » (participante 5, page 6)

En plus de libéraliser leurs choix alimentaires, d'écouter leurs signaux de faim et de satiété, les participantes ont aussi travaillé à diminuer les pressions de performance et à augmenter le plaisir lié à leurs habitudes de vie.

3.1.3 Prioriser le plaisir de manger et de faire de l'activité physique

Plusieurs participantes se décrivaient comme étant gourmandes et ont raconté avoir toujours beaucoup aimé manger. Le participant 14 en revanche a développé une très mauvaise relation avec la nourriture durant l'enfance. Ce n'est que vers la trentaine qu'il a commencé à ressentir du plaisir à manger. Il a aussi appris à apprécier la préparation et la socialisation autour de l'acte de manger.

« Je dirais pendant plusieurs années oui, c'est resté même après qu'on [lui et son ancienne amoureuse] se soit laissés c'était quand même resté, cette espèce de plaisir possible avec

la nourriture. Pas au point de devenir gourmand, mais j'avais développé comme un plaisir et c'était rendu que, moi-même, des fois, j'invitais du monde chez moi pour justement faire une espèce de *potluck* ou bouffe ou chose que j'aurais jamais, mais jamais fait avant mes 30 ans. » (participant 14, page 5)

Pour d'autres, le fait de ne plus s'opposer systématiquement à leurs envies alimentaires a réduit le stress lié à l'alimentation.

« C'est vraiment d'écouter mon corps du mieux que je peux et que c'est important de manger parce que c'est la base de la vie et moi je me privais de manger. Je pouvais pour moi, prendre une collation là, j'avais tout gâché ma perte de poids par des collations. Là je me gêne pas et je remarque aujourd'hui que les aliments ont moins d'importance dans ma vie. » (participante 8, page 8)

Certaines participantes ont aussi dû diminuer la pression de performance ou le contrôle qu'elles avaient lorsqu'elles pratiquaient des activités physiques.

« Depuis deux, trois ans que là, en fait, ce qui s'est passé, le petit déclic, j'ai commencé une activité physique qui me plaisait vraiment avec une entraîneuse qui me plaisait vraiment. En fait, elle fait plein de sortes d'entraînements et elle fait un cours, un groupe qui était comme un groupe de discussion sur l'acceptation de soi. C'était avec elle l'entraîneuse et une nutritionniste, puis on a comme pratiqué ensemble l'alimentation intuitive, on avait des techniques de méditations et tout ça. Donc c'est à partir de là je pense que j'ai vraiment commencé à bouger pour le *fun* et que j'ai commencé aussi à plus manger... en essayant là, c'est un gros, c'est un processus quand même qui je pense qui est jamais vraiment parfait, mais donc à plus manger de façon consciente et intuitive je dirais [...]. Je continue à m'entraîner avec cette personne-là, cette entraîneuse-là que je pense que je pourrais dire qu'elle a changé ma vie. Maintenant, je bouge pour le plaisir puis je suis fière d'être forte et j'essaie pas... Je pense pas que j'ai perdu de poids parce que j'ai les mêmes grandeurs de vêtements si on peut dire, mais je me pèse plus de toute façon. Mais c'est ça, je bouge par plaisir et par fierté d'être capable de soulever des charges et d'être capable plus que pour me dire que je vais perdre du poids si je fais telle activité. Mais je suis pas parfaite et des fois je repense à mon corps là. C'est ça donc c'est vraiment ce groupe-là qui a fait un petit déclic dans ma tête. » (participante 7, page 5)

« J'ai essayé d'arrêter de contrôler plein de trucs et là je vais prendre un exemple, mais moi je courais. Là je suis blessée, mais habituellement je cours et j'ai arrêté de calculer le temps,

j'ai arrêté de calculer la vitesse, j'ai arrêté de calculer le nombre de calories que je perdais, j'ai arrêté de me peser, j'ai arrêté... J'ai essayé d'y aller plus avec mes signaux et tout le kit. » (participante 5, page 7)

Apprendre à lâcher prise au niveau du contrôle des habitudes de vie a pris du temps aux participantes. Elles ont dû se familiariser avec leurs signaux physiologiques, mais aussi apprivoiser l'inconfort et les craintes associés à la perte de ce contrôle. Plusieurs ont aussi voulu entreprendre une démarche d'introspection ou un suivi psychologique plutôt que de se concentrer uniquement sur leurs comportements.

Démarche psychologique

Certaines participantes ont réalisé qu'elles avaient toujours pensé au contrôle du poids en termes d'activité physique et d'habitudes alimentaires, mais elles ont eu envie, à un certain moment dans leur parcours, d'approfondir davantage les aspects psychologiques de leurs habitudes ou encore de développer leur estime de soi et leur capacité d'affirmation de soi.

La participante 8 a raconté s'être longtemps préoccupée de santé physique conformément à l'importance qui lui était attribuée dans les discours auxquels elle avait été exposée. La santé psychologique n'était toutefois pas une préoccupation jusqu'à ce que celle-ci se dégrade drastiquement.

« En tout cas dans mon cas, la santé psychologique était pas importante. Je me demande même si je savais c'était quoi honnêtement. Autant que le santé physique était hyper importante, j'étais super en forme je faisais plein d'exercice, j'étais à mon poids santé. Je prenais soin de mon corps, mais je prenais pas soin de ma tête donc à un moment donné, c'est là que j'ai fessé mon mur. » (participante 8, page 4)

La participante 6, par exemple, a participé à un programme de groupe au cours duquel elle a apprécié entendre parler de l'aspect psychologique de l'alimentation et elle a réalisé qu'elle devait travailler l'affirmation de soi de manière plus générale plutôt que de se concentrer sur un plan alimentaire qu'elle ne se sentait pas capable de mettre en application.

« Je dois dire que le volet alimentaire, c'était bâti beaucoup sur la diète méditerranéenne, mais j'ai décroché de tous les plans alimentaires [...]. C'est le côté activité physique et psychologique que je voulais explorer plus et j'ai trouvé la thérapeute qui m'a allumée, c'est elle qui m'a allumée que j'étais dans une relation toxique et que je devais me séparer donc ça, c'était un an avant de me séparer. Le fil des années 2008, j'ai réalisé que j'étais dans une relation toxique et que je devais me sortir de là, donc ça été le début de changer mes choses à moi dans ma façon de faire, dans ma façon de voir les choses... Je travaille encore là-dessus et ça fait comme 14 ans là, mais j'ai réalisé beaucoup de choses. Tu sais, j'ai pas vraiment perdu de poids, j'ai peut-être perdu cinq livres, mais rien pour en parler. Par contre, ça m'a fait réaliser beaucoup de choses sur l'affirmation de soi. » (participante 6, pages 4-5)

La participante 13 a également décidé de consulter un psychologue pour que ses démarches de perte de poids soient plus saines.

« J'entamais une période de régime alimentaire plus sain mais qui soit pas restrictif et d'être suivie par un psychologue qui puisse m'aider à passer le cap de changer, autant l'alimentation que le *mindset* aussi. » (participante 13, page 1)

« Peut-être que je suis quelqu'un d'anxieux puis je l'ai, je combats cette anxiété-là grâce à des outils que je vais chercher dans la thérapie avec une psychothérapeute. C'est sûr et certain que ça a eu des incidences sur la prise de poids, sur la volonté d'entamer des régimes, sur le côté psychologique des changements de poids. » (participante 13, page 11)

La participante 13 a confié qu'elle espérait que son suivi psychologique lui permettrait de mettre en application des stratégies restrictives de manière plus saine et qui seraient plus progressives et plus agréables. La participante 6 a décrit dans quelle mesure l'exploration du volet psychologique

de l'alimentation l'a amenée à vouloir améliorer sa capacité d'affirmation de soi dans des contextes qui ne sont pas directement reliés à l'alimentation.

Les participantes 8 et 11 ont entamé un suivi en psychologie principalement en raison de leur trouble alimentaire au même moment où elles ont entamé une transition vers l'alimentation intuitive avec le soutien d'une nutritionniste. D'autres participantes ont aussi mentionné avoir eu des suivis en psychothérapie pour différentes raisons : plusieurs croyaient que le stress avait eu une incidence sur leur gain de poids et que s'outiller pour mieux le gérer leur permettrait d'être mieux dans leur corps et d'avoir une alimentation plus saine. Cela est cohérent avec les principes de l'alimentation intuitive, selon lesquels il est important de pouvoir répondre à ses besoins émotifs avec d'autres stratégies que l'alimentation. Certaines participantes en sont donc venues à estimer que leurs comportements alimentaires ou leur poids étaient fortement liés à leur fonctionnement psychologique et que gérer leur stress devenait la stratégie prioritaire.

« J'ai commencé à prendre de l'assurance quand j'ai commencé à faire la thérapie, après un an, après au moins un an. Parce que quand je suis arrivée en thérapie j'étais démolie. Je m'aimais pas. Je me trouvais pas belle. Je voulais mourir [...]. J'étais rendue là. Puis c'est ça aussi qui me faisait faire des régimes ou prendre du poids. C'est ouin... c'est ça moi je le sais que c'est relié avec ça. C'est relié avec l'insomnie, c'est relié avec des médicaments, des antidépresseurs, il y a plein de facteurs en ligne de compte et j'ai compris que le trouble alimentaire c'est un trouble mental. » (participante 4, page 14)

Le participant 14 a constaté pour sa part qu'il lui était plus facile d'avoir accès à une deuxième chirurgie bariatrique qu'à un suivi par un psychologue. Ayant remarqué que ses habitudes de vie avaient tendance à être moins bonnes lorsqu'il vivait des périodes émotionnellement difficiles, il aurait préféré recevoir des services psychologiques personnalisés plutôt qu'une autre chirurgie. Il a été déçu de constater qu'au-delà de séances de soutien post-chirurgie en groupe, aucun autre

soutien psychologique n'était offert. On ne pouvait pas lui offrir le service qu'il considérait nécessaire à la réussite de sa démarche et il n'avait pas les moyens financiers d'entreprendre un suivi dans le système privé.

À certains moments de leurs vies, les participantes ont donc voulu explorer davantage les besoins auxquels leur pratiques alimentaires tentaient de répondre et travailler leur rapport au corps autrement que par la perte de poids. Après s'être butées à implanter des changements qu'elles ne maintenaient pas à long terme, les participantes ont donc entrepris de trouver des moyens de répondre à leurs besoins psychologiques dont elles prenaient graduellement conscience. Ainsi, les attentes des participantes et les besoins étaient spécifiques à chaque participante. Toutes souhaitaient cependant que cela ait un impact positif sur leur manière de percevoir leur corps et que cela puisse rendre leur alimentation plus agréable. Ces changements n'ont cependant pas enrayé l'ambivalence et l'inconfort provoqués par leur poids et leur image corporelle.

4. NÉGOCIATION D'UN ESPACE DE LIBERTÉ

La catégorie « Redéfinition du problème et de ses solutions » ne représente pas le processus final de la trajectoire des participantes puisque l'ambivalence des participantes persistait après l'exploration de nouvelles pratiques et perspectives. Si les participantes ont cheminé quant à leur rapport au corps, elles n'ont pas pour autant cessé de souhaiter un corps plus mince qui favoriserait une santé et une mobilité optimales et qui ne serait pas stigmatisé. Ce désir était très intense, voire souffrant pour plusieurs participantes.

« Je dirais qu'à 43 ans, je peux difficilement imaginer vivre encore ça, je parle pas du poids, mais vivre encore le déchirement émotif interne encore longtemps, je peux pas. Je pense que j'ai assez donné là-dedans, je suis rendue là dans ma réflexion. » (participante 5, page 13)

La catégorie « Négociation d'un espace de liberté » comprend les différentes stratégies que les participantes ont mises en place pour gérer leurs aspirations contradictoires et les pressions sociales. Il s'agit d'un processus où les participantes cherchaient à consolider leur prise de distance par rapport aux pratiques restrictives et à valider leurs approches alternatives.

Les stratégies des participantes pour se sentir libre, avoir l'impression que leur corps n'était plus un obstacle et ne plus subir les effets pervers des restrictions alimentaires ont été regroupées en quatre sous-catégories : (1) Se raisonner, (2) Éviter, (3) S'affirmer, et (4) S'entourer.

Les participantes ont souvent mobilisé l'ensemble de ces stratégies à différents degrés au cours de leur trajectoire. La participante 8, par exemple, s'est pleinement investie dans l'adoption de pratiques alimentaires intuitives, mais il lui arrivait encore à l'occasion de penser refaire une diète.

Elle devait se remémorer que les diètes l'avaient conduite à développer un trouble alimentaire. Dans la sphère sociale, elle avait plutôt tendance à éviter les situations où elle anticipait d'être jugée, mais tentait aussi de partager son histoire lorsqu'elle se sentait à l'aise, de s'entourer de professionnels, d'amis et de gérer ses réseaux sociaux de manière à être soutenue dans sa démarche. Le témoignage de cette participante illustre donc particulièrement bien comment différentes stratégies et attitudes peuvent être mobilisées en fonction du cheminement de la personne, des opportunités qui s'offrent à elle et du sentiment de sécurité variable ressenti dans différents contextes sociaux.

Figure 5: Catégorie #4 Négociation d'un espace de liberté

4.1 Se raisonner

4.2 Éviter

4.3 S'affirmer

•4.3.1 Contribuer au changement social

4.4 S'entourer

Se raisonner

Les participantes ont souvent cru que perdre du poids leur permettrait de s'accepter, de rediriger l'énergie autrefois mise dans la poursuite d'un objectif de perte de poids dans d'autres sphères de leur vie et de ne plus avoir besoin de faire face aux regards négatifs ou d'avoir l'impression de ne pas être à la hauteur en raison de leur poids. Pour certaines participantes, l'idée de la perte de poids comme objectif à poursuivre est demeurée rationnellement justifiable tout au long de leur trajectoire car elles estimaient qu'il y avait plus de bénéfices que de coûts à poursuivre cet objectif.

Des tensions entre les aspirations des participantes et les normes sociales ont subsisté tout au long de leur trajectoire. L'omniprésence du culte de la minceur, de la culture des régimes et les limites ou difficultés liées au poids, qu'elles soient sociales, physiques ou physiologiques, contribuaient à alimenter leur impression qu'elles seraient plus heureuses si elles parvenaient à perdre du poids. Avec le temps, toutefois, certaines participantes ont remis en question la croyance selon laquelle réduire leur poids amènerait forcément le bien-être et le bonheur espérés. De telles remises en question n'étaient cependant pas suffisantes pour éliminer l'impression de toujours avoir à se prouver davantage et le désir d'être dans une forme physique optimale.

« En fait, ce que je me rends compte depuis un certain temps c'est que je suis toujours en train dans le fond de me battre, c'est le mot qui me vient ou de travailler en fonction de cet objectif-là et ensuite c'est... c'est là depuis toujours. J'ai réalisé récemment, je me suis dit : "Est-ce que tu y crois vraiment? Est-ce que tu y penses vraiment qu'un jour tu vas être à un poids que tu vas être contente ?". C'est comme si j'ai réalisé, c'est comme si c'était extrêmement abstrait dans ma tête. C'est une quête perpétuelle et en majorité, ce que je fais ou ce qui se passe dans ma tête, à part mon travail, mes enfants tout ça, est orienté vers ce but-là mais en même temps le but c'est comme s'il était très très flou pas clair. Il est pas défini et c'est comme si j'y crois, mais j'y crois pas. » (participante 3, page 15)

« J'ai pas cette intention-là, mais j'ai encore l'idée des fois derrière la tête, à me dire, si je faisais un régime, ça serait tellement plus facile, mais pourtant je sais c'est quoi les régimes (rit). Je le sais que dans le fond, je me ramène en me disant je l'ai fait, ça a pas marché, ça a été excessivement dur et c'est ça qui m'a menée à ce que je vis présentement. » (participante 8, page 12)

Plusieurs participantes se raisonnaient pour ne pas essayer des diètes simplement parce qu'elles étaient à la mode, mais elles n'excluaient pas la possibilité que certaines approches restrictives pourraient les aider. Une plus grande méfiance s'est cependant installée envers les nouvelles stratégies de perte de poids populaires.

« J'aimerais ça trouver quelqu'un qui a une approche plus globale que juste *intake, outake* et qui prend en considération ton système hormonal, ton système de stress, ton cortisol, tout ce qui peut jouer sur comment ton système emmagasine. J'ai commencé à lire des livres et je suis comme tabarouette, je suis pas la meilleure au niveau scientifique et je retiens pas beaucoup les choses nécessairement mais il y a tellement d'avenues là. Quand on parle de la diète cétogène, comme la dernière affaire au monde, la meilleure affaire au monde (expiration). Moi, de juste manger du gras et des protéines et que mon corps il va avoir tout ce qu'il a besoin avec ça ? Je suis pas capable d'adhérer à ça. Mais c'est tellement complexe que je sais pas s'ils peuvent me rassurer ou m'amener vers le che... j'aimerais avoir plus de réponses en fonction de moi, de qui je suis et de mon mode de vie pour trouver la bonne façon de faire les choses. Je suis comme un petit peu dans l'immobilisme tant que j'ai pas, parce que je veux pas *scrap* mon corps plus qu'il l'est, de refaire une autre diète et que je me remette à emmagasiner du gras après parce que mon système a pas aimé ça, je suis pas bien avec ça. » (participante 6, pages 9-10)

D'autres participantes ne rejetaient pas la mentalité des diètes parce qu'elle leur semblait toujours justifiée dans une certaine mesure. Ainsi, en fonction de leurs expériences et des conséquences que les diètes ont eu sur elles, elles n'arrivaient pas toutes aux mêmes conclusions à cet égard.

« Mais c'est pas une solution non plus [avoir accès à plus de vêtements « taille plus »] parce que pour la santé bien c'est sûr que un poids santé, peu importe les vêtements, c'est mieux que d'être obèse morbide. » (participante 13, page 10)

Perdre du poids a longtemps été perçu comme une manière de s'émanciper par les participantes. Elles restaient donc attachées à cette idée. Si elles étaient conscientes de leur valeur, leur poids demeurait une cause persistante d'insécurité. Même si les participantes n'évaluaient pas les bénéfices potentiels de certaines pratiques restrictives de la même manière, elles estimaient toutes que certaines pratiques n'étaient pas appropriées pour elles et tentaient d'anticiper les coûts et bénéfices des nouvelles diètes ou modes alimentaires qui étaient présentes dans leur environnement social.

« J'ai eu besoin de perdre du poids pour m'accepter et là maintenant, de voir ma valeur. Bien je la connaissais sauf que, disons que c'était difficile de me faire un conjoint parce que j'acceptais pas nécessairement mon poids. Je savais qu'est-ce que je valais, mais j'avais pas assez confiance en moi. Rencontrer mon conjoint qui m'aime comme que je suis me permet de, clairement, m'épanouir et prendre confiance en moi dans toutes les sphères de ma vie donc je pense pas que je le vis dans les yeux de mon conjoint, disons que ça a quand même aidé là. » (participante 10, page 10)

« Parce que là, j'ai vu que mon corps était encore capable de changer et que la conviction que j'avais dans la tête que l'élément que j'avais à régler c'était les compulsions de fin de soirée, ça me confirmait que si effectivement je réglais cet aspect-là, j'allais pouvoir continuer à cheminer vers mon poids idéal dans le fond mais tranquillement. Je veux pas nécessairement que ça arrive vite, ça fait des années que je me pèse pas. » (participante 3, page 18)

D'autres participantes ont rapporté des ambivalences et des anxiétés cycliques par rapport à leur poids. Certaines avaient des inquiétudes notamment pour leur santé.

« Le covid a amené son lot de réflexions. Moi je suis une fille asthmatique et obèse (rit) donc là je me suis dit, je suis vraiment dans les personnes à risque. Même si j'essaie de faire comme si c'était pas le cas, bien je le sais, donc c'est sûr que j'y pense pareil. » (participante 5, page 14)

Les participantes pouvaient donc raisonner pour établir ou réaffirmer leurs objectifs et les stratégies à privilégier. Ces réflexions n'étaient toutefois pas indépendantes de leurs contextes de vie puisqu'elles étaient forcément influencées par leurs expériences et les discours auxquels elles avaient été exposées. Les participantes ne parvenaient pas non plus aux mêmes conclusions quant à la nécessité de perdre de poids, la probabilité d'y parvenir et les moyens qui amèneraient plus de bénéfices que d'inconvénients. Leur pratique réflexive leur permettait cependant d'exercer une certaine agentivité et de pondérer différentes options. Ces réflexions permettaient aussi d'orienter certaines actions bien que leurs actions n'étaient pas toujours le fruit d'une évaluation coûts-bénéfices consciente et structurée.

4.2 Éviter

Dans quelques cas, éviter certaines situations a semblé être la meilleure manière de ne pas faire face à des jugements négatifs ou à des discours qui ramèneraient les participantes à leur propre combat interne vis-à-vis le désir de refaire des diètes. Certaines participantes évitaient des situations par peur du jugement. La participante 8 évitait entre autres des situations où elle craignait d'être jugée à propos de ses pratiques alimentaires, des situations où elle aurait à exposer son corps et certaines personnes dont les commentaires l'affligeaient particulièrement, des professionnels de la santé notamment.

« Si je vais, par exemple, toute seule à la crème molle, je me sens mal ou si je vais me chercher une poutine un soir et je suis toute seule. S'il y pas un contexte social que je suis avec des amis qui peut expliquer pourquoi je suis là, "ah c'est ça, elle est toute seule, elle est grosse, elle va aller s'empiffrer de crème molle et de poutine". Ou quand que je fais mon épicerie aussi des fois, j'ai peur qu'est-ce que la caissière va dire. » (participante 8, page 11)

« Honnêtement, ça fait quand même un petit moment que j'ai pas été confrontée à un professionnel de la santé qui me fait ça, donc je sais pas si aujourd'hui je serais capable de dire "euh attends un petit peu je viens pas te voir pour ça, on parle d'autre chose". Mais mes expériences jusqu'à maintenant c'est que ça venait me confronter et c'est vrai qu'il y a des gens que j'ose pas aller revoir que j'allais voir comme ma naturopathe, des choses comme ça parce que j'ai peur qu'ils m'ont pas vue depuis que j'ai pris du poids et compagnie, parce que j'ai peur des commentaires. J'ai encore ce côté-là. » (participante 8, page 12)

D'autres participantes établissaient des limites par souci d'intégrité. Certaines participantes ont notamment raconté éviter certains milieux qui ne correspondaient pas à leurs valeurs. La participante 11 a, par exemple, mentionné qu'elle ne travaillerait jamais dans un centre d'entraînement où la promotion et les services sont axés sur la perte de poids car cela ne correspondait pas à ses valeurs.

« Je travaillerai jamais dans ce type de gym-là en fait, je vais trop me sentir en incohérence avec mes propres valeurs. Tu peux pas faire de l'argent avec la santé des gens, c'est ça ma vision. » (participante 11, page 9)

Il est à noter que l'évitement ne signifiait pas nécessairement un repli complet sur soi, car les participantes adoptaient d'autres stratégies telles que décrites dans les catégories « S'affirmer » et « S'entourer ». Les participantes ont donc aussi choisi des milieux ou des personnes qui convenaient mieux à leurs aspirations. Le participant 14 parlait de choisir ses batailles, s'exprimant seulement là où il sentait qu'il y avait de l'écoute. La participante 11 pour sa part considérait que le sujet était trop intime pour être abordé avec ses amis.

« Je dis "je me chicane pas avec les gens, parce que dans une chicane il y a jamais d'écoute là". Moi à partir du moment que je sens que la personne en face de moi écoute pas, bien je perds pas mon temps. Je trouve que ça donne rien et voilà. Donc soit je vais attendre que la discussion soit possible ou je vais juste partir. Ouin j'avoue c'est bizarre parce que de façon publique, je reviens souvent à la charge, mais en personnel... bon, la relation d'écoute est pas la même non plus. » (participant 14, pages 20-21)

« Bon après ça, avec mes parents ça jamais tout à fait fonctionné. Comme je dis, mon père je pense qu'il a juste jamais compris et ma mère... Ma mère c'est un cas. Je pense que ma mère se sent tellement coupable et responsable que je pense qu'elle sait pas comment m'en parler et moi, je sais pas comment lui en parler parce que je veux pas qu'elle se sente coupable et je sais que dès que je vais en parler elle va se sentir coupable. En tout cas, ça devient un peu touché [délicat] et bon après ça, ma mère voilà, elle a une culture limitée aussi là donc il y a des références que je peux pas utiliser avec elle et il faudrait que j'explique avec elle comme il faudrait que j'explique à un enfant et à un moment donné je trouve ça, c'est pas évident là. Je suis quand même devant un adulte en tout cas, ça fait des relations bizarres... » (participante 14, page 13)

« Ouin sinon dans mon réseau d'amis, je le sais pas. J'ai jamais senti le besoin d'en parler, mais je crois que c'est tellement gros et intime pour moi que j'ai pas encore été capable d'ouvrir la porte sur ce sujet-là en tant que tel. » (participante 11, page 5)

Dans certains cas, il était difficile de prendre ses distances par rapport à certains commentaires lorsqu'ils provenaient de personnes très proches ou des médias. Quelques participantes ont décrit avoir appris à ignorer les commentaires de manière à créer une distance par rapport à ceux-ci.

« Non, bien on s'habitue après un moment. La première fois oui peut-être c'est un petit peu tannant, mais après un moment donné, on tourne la page et on oublie ça. » (participant 2, page 5)

« Mon conjoint [est préoccupé par son poids] bien pas le mien mais plus le sien (rit), mais c'est correct, il parle pas du mien, il parle du sien. Mais oui j'ai des amis aussi qui sont, bon là en plus le confinement, c'est comme la *joke* un peu "on va engraisser", ça me coule un petit peu plus sur le dos qu'avant mais des fois, des fois je prends la parole, mais des fois je fais comme si de rien était, je fais comme si j'avais pas entendu je dirais. » (participante 7, page 7)

Finalement, d'autres participantes ont aussi cherché à acquérir plus d'autonomie. La participante 3 a investi beaucoup d'argent et de temps dans des suivis ou des programmes qui lui permettraient d'améliorer sa relation avec son alimentation et son corps. Elle croyait en revanche qu'elle avait maintenant besoin de développer son autonomie dans cette démarche.

« Finalement, depuis ce temps-là, j'ai jamais fait appel à qui que ce soit, je me suis dit là je pense que... en tout cas vous avez peut-être dénoté je suis une fille déterminée [...], je suis à l'affût disons. Je choisis mes sources, je reste connectée disons. Je vois qu'aujourd'hui les nutritionnistes ou les ressources me transfèrent les connaissances et puis je reste à l'affût je suis toujours connectée un peu à différentes sources d'informations pour m'inspirer pour me... mais eum... j'y vais par moi-même depuis ce temps-là pour essayer finalement, je pense de me sentir libre, de plus avoir l'impression d'être un problème. » (participante 3, page 10)

« Ce qui est stressant là-dedans, c'est que ça a tout le temps fonctionné, quand j'avais pris un entraîneur ça avait fonctionné, quand je suis suivie ça fonctionne parce que je veux, je suis une personne qui veut rendre compte, j'aime ça rendre compte et j'aime ça avoir fait ce que j'avais à faire etc. Mais la seule inquiétude que j'ai par rapport à ça, c'est de dire s'il faut que je rende des comptes à quelqu'un, la journée que j'ai plus quelqu'un pour

rendre des comptes qu'est-ce qui va se passer. Encore là, je veux pas être codépendant de quelque chose là, de quelqu'un. » (participante 5, page 11)

En somme, éviter certaines situations peut être productif ou contre-productif selon les circonstances. L'anticipation du jugement peut amener les personnes à se replier sur elles-mêmes et accroître la peur et l'anxiété. Le fait d'éviter certaines situations ou certains groupes peut aussi être une manière de choisir ses batailles et d'investir son énergie là où il y a possibilité d'en retirer une certaine satisfaction. Prendre ses distances avec des personnes et des milieux qui les affligeaient permettait aux participantes de prendre du recul et de ne pas s'épuiser à se défendre ou à se justifier constamment.

4.3 S'affirmer

Les participantes ont parfois osé exprimer leurs limites à leurs proches et leur expliquer l'effet de certains commentaires négatifs. Quelques participantes ont été bien accueillies par leurs proches alors que d'autres se sont plutôt butées à la fermeture et à l'incompréhension.

« Et même, il y a un moment, je me rappelle parce que, en tout cas, ma mère m'avait fait un commentaire sur mon poids parce que j'essayais de tomber enceinte, mais je l'étais pas encore ou je venais peut-être de l'être et je le savais pas en tout cas. Elle m'avait fait un commentaire sur mon poids et j'avais, je me rappelle là, j'avais éclaté en sanglots et je lui avais dit ma façon de penser, que j'étais tannée qu'elle me parle de mon poids et qu'elle me chicane. Je lui ai dit "hey christie tu m'as imposé des régimes quand j'avais 9 ans, ça pas de bon sens de faire ça". Puis je lui avais vraiment comme tout déballé mon sac là je dirais. Après ça, ça m'a comme fait du bien et elle, de son côté, je pense qu'elle aussi, elle a compris des choses parce que j'ai pas vraiment maigri depuis ce temps-là là et elle m'a jamais refait de commentaires par rapport à ça [...]. Je pense qu'elle a comme réalisé parce qu'elle aussi, elle a grandi là-dedans, je le sais. Et donc je pense que oui, ça bien été reçu et ça plus été une source de conflit après ça entre moi et elle par rapport à... bien, c'était pas vraiment un conflit, c'était comme passif, c'est plus moi qui subissait. J'ai pu vraiment subi de ces commentaires après ça. » (participante 7, page 4-5)

Des participantes ont aussi commencé à s'affirmer davantage auprès des professionnels de la santé. Elles ont mentionné plus clairement que certaines recommandations ne leur semblaient pas appropriées au lieu de simplement garder le silence et se sentir prises en faute.

« Le cholestérol ça a tout le temps été là et à un moment donné, bien j'ai commencé à leur dire [aux médecins] "bien là, si vous avez pas de solutions autres que ça, arrêtez de m'en parler là parce que ça fait vingt ans que je suis tout le temps sur le bord et peu importe ce que je fais, je reste sur le bord, on va arrêter ça". Donc je suis un peu plus en contrôle, moins petite fille qui se fait chicaner parce qu'avant j'étais comme ça, je me laissais chicaner chez mon médecin. » (participante 5, page 15)

La participante 7 pour sa part a été confrontée lorsque son conjoint a adopté des pratiques restrictives. Elle lui a expliqué sa démarche tout en respectant la sienne. Elle se sentait toutefois tentée de se restreindre comme lui.

« Au début ça me dérangeait un petit peu et j'essayais de lui expliquer un petit peu les enseignements que j'avais eus dans mon groupe mais là bon [...]. Il voulait comme reprogrammer un petit peu, ses vraies portions qu'il avait besoin [...]. Dans sa tête c'était sain, c'était correct. Je vous dirais qu'il a relâché un petit peu là parce que justement, il pense qu'il s'est reprogrammé avec les portions et c'est vrai qu'il mange moins des grosses portions. Il prend plus son temps et c'est bien correct. » (participante 7, page 9)

Certaines participantes cherchaient plutôt à perdre du poids selon leurs propres termes et conditions. La démarche pour négocier un espace de liberté n'est donc pas exclusive aux personnes qui ont délaissé leur objectif de perte de poids. Certaines participantes sentaient que leur corps limitait les activités auxquelles elles pouvaient participer et craignaient de développer des problèmes de santé. La négociation de l'espace de liberté n'implique donc pas nécessairement un rejet systématique de toute forme de médicalisation de l'obésité. Certaines participantes trouvaient

important de pouvoir discuter de leurs préoccupations par rapport à leur poids et des retombées possible sur leur santé sans tomber dans un discours qu'elles estimerait stigmatisant.

« Dans mon cas où je suis à 324 livres et que je suis limitée par mon poids. Une fois je l'aurais perdu, j'aurais pas de problème d'adhérer 100% à ça [une approche axée sur l'acceptation de soi et l'alimentation intuitive], mais je me dis qu'il faut que je m'amène à un *range* qui est meilleur pour ma santé. Tu sais, il y en a qui me disaient "vas te faire brocher l'estomac et c'est réglé" et je suis comme "ah pas nécessairement" (rit). Donc c'est pour ça que je suis comme dans la dualité, faut je perde du poids et [un programme ayant une approche axée sur l'acceptation de soi et l'alimentation intuitive] ça va être très très très long là. Je veux dire à une livre par mois, une livre par deux... il y a pas de moyenne avec [cette approche], mais j'adhère à cette philosophie-là. Je l'aime, mais moi je peux pas rester à 324 là. J'hypothèque ma vie et là, avec la covid, c'est comme l'angoisse. » (participante 6, page 11)

« Par le passé, il y a des fois je racontais des trucs et on mettait tout ça sur mon poids tout de suite automatiquement. Je trouvais ça très raccourci, très facile. Là avec elle [médecin actuelle], des fois je raconte des trucs que des fois peut-être que mon poids est en lien, mais peut-être pas, mais elle, elle l'évoque même pas. [...] C'est pas tant que je m'attends à ce qu'elle me fasse la morale, mais juste que là, je trouvais ça ressemblait plus à éviter qu'autre chose alors que c'est une évidence que mon poids a une influence sur mon problème de dos. Je trouve que ça ressemblait un peu comme quelqu'un qui veut éviter de dire un mot dans une conversation parce qu'il sait que... [...]. En fait, c'est juste qu'on l'amène [le sujet du poids corporel] vraiment pour rien, mais il y a des moments où oui peut-être qu'il faut l'évoquer. Et en ce moment, je trouve mon médecin, même dans les rares moments où ça pourrait être évoqué, elle le fait pas et je trouve ça particulier. » (participant 14, pages 21-22)

Les participantes ont aussi pu partager leur histoire de manière plus personnelle avec certains proches qui leur ont offert une écoute bienveillante.

« J'ai ma conjointe avec qui j'ai, justement la communication est bien ouverte sur ce sujet-là, on s'en parle sans tabou. J'ai eu cette chance-là d'être bien accueillie là-dedans et d'avoir ce canal de communication-là au quotidien et qu'elle comprenne un peu c'est quoi ma démarche. Tu sais, ça peut, de l'extérieur ça peut avoir l'air bizarre de manger du chocolat sans fin et aller au bout de ce goût-là. Mais j'ai jamais senti que j'étais jugée là-dedans et ça, je pense que c'est un gros facteur qui a contribué à l'évolution positive de ma situation. » (participante 11, page 5)

« J'ai quand même des amis autour de moi qui, eux autres, m'ont toujours écoutée, m'ont toujours comprise. Ils ont toujours été là pour moi et j'ai jamais senti aucun jugement donc ça fait du bien, mais je pense que les gens ont encore beaucoup de difficulté. Ils sont tellement dans le culte du régime et du faut être petit et c'est ça la santé. » (participante 8, page 5)

Le cheminement vers une alimentation moins restrictive de la participante 4 s'est déroulé alors qu'elle était en processus judiciaire contre les pédophiles qui l'ont agressée quand elle était enfant. Sa démarche pour se réapproprier son corps et faire entendre sa voix s'inscrivait donc dans un parcours de vie au cours duquel son intégrité physique avait été sévèrement compromise dès l'enfance et ses tentatives de dénoncer avaient été dénigrées par d'autres membres de sa famille. La condamnation d'un des agresseurs a contribué à changer sa perception d'elle-même. Plusieurs éléments lui ont donc donné l'impression d'avoir plus de contrôle sur sa vie.

« Il y aussi que j'étais en processus judiciaire contre les agresseurs de mon enfance. Donc tout ça a contribué. En même temps, je vivais chez nous avec un adolescent qui m'a battu donc j'étais vraiment dans toutes sortes d'affaires. Puis j'ai compris que mon état de victime, comment que j'ai ma relation avec les autres, c'est ça que je devais changer puis depuis que j'ai changé ça, il y a beaucoup plus de respect de l'autre côté. » (participante 4, page 9)

« Toutes les personnes qui ont voulu me faire taire et m'ont fait du mal par rapport à ce que je disais parce que moi j'ai jamais voulu me taire. On a essayé de m'interner en psychiatrie parce que je disais ça, on a essayé de me faire passer pour une menteuse, me faire taire absolument à tout prix. Aujourd'hui c'est crié haut et fort. Tout le monde est au courant. » (participante 4, page 13)

S'affirmer était donc un moyen de mettre ses limites par rapport aux autres et de se donner plus d'opportunité d'être appuyées dans leurs démarches, mais aussi une opportunité de contribuer aux changements de discours au sujet du poids et de l'alimentation.

4.3.1 Contribuer au changement social

L'impression de pouvoir aider d'autres personnes qui pourraient vivre une situation similaire et de contribuer à briser les tabous ou diminuer les préjugés a amené les participantes à donner un sens aux difficultés qu'elles avaient vécues, à vouloir faire partie des solutions et à se sentir plus cohérentes avec elles-mêmes. La participante 8 a mentionné notamment que sa participation à la présente étude allait dans ce sens et qu'elle percevait sa démarche personnelle comme une contribution à un changement collectif. L'enjeu de cette démarche dépassait donc le bien-être personnel.

« J'essaye de, entre guillemets, de m'impliquer, c'est un peu pourquoi je suis là ce matin. Je me dis, si je peux aider de cette façon-là à comprendre ou peu importe, bien tant mieux. Puis c'est sûr que j'en parle, bien j'en parle aux personnes que je choisis (rit). Tu sais, des fois, ça va m'arriver de faire des *posts*, exemple, sur *facebook* sur le sujet, des choses comme ça. Je me dis ceux qui veulent pas le regarder ou qui veulent pas le lire, ils passent tout droit, mais je sais que j'ai aidé des gens de cette façon-là. Il y a une fille, entre autre, qui me l'a dit. Elle a dit : "merci d'avoir été là, tu m'as ouvert les yeux". Elle a été voir les mêmes professionnels que moi qui l'ont beaucoup aidée donc je me dis : "ben coudonc, si j'ai pu au moins aider, par mon expérience, cette fille-là". Donc je me gêne quand même pas pour en parler, mais choisissant un petit peu, en choisissant un petit peu les gens à qui j'en parle. Mais j'ai pas de groupe, de page là-dessus ou de quoi de très précis là... » (participante 8, page 7-8)

« Mais je pense que si on fait chacun du travail sur nous, on va en venir à un niveau social qui est, je veux dire, ça va venir avec. Mais il faut qu'on ait de l'aide et il faut en parler et il faut que ça devienne normal et il faut que les gens changent leur mentalité. » (participante 8, page 13)

Le participant 14 quant à lui a expliqué qu'il voulait partager le discours qu'il aurait aimé lui-même entendre. Sa prise de parole a été graduelle. Il a d'abord fait des publications anonymes sur un blog puis a parlé du sujet ouvertement sur plusieurs tribunes.

« Ça a commencé en fait, je dirais, peut-être quelques mois après la chirurgie. En fait au début, je faisais vraiment une espèce de bilan tu sais, pourquoi j'ai attendu longtemps. Ça m'avait frappé, j'ai fait bien pourquoi j'ai attendu 30 ans avant de comprendre ça, tout ça. Puis je voyais déjà que c'était dû à toute la façon qu'on m'avait parlé de mon poids, de l'alimentation. Je trouvais qu'on avait jamais présenté ça d'une manière positive, saine et je trouvais qu'on m'en avait pas parlé de la bonne façon et ça a commencé comme ça en fait et je me suis mis à vouloir partager ce que moi j'avais vécu et au début, je me disais, peut-être, pour aider des gens à pas se rendre au même mur où moi je me suis rendu. À force d'écrire, je me disais ok non, il faut que j'élargisse, il faut que je parle de grossophobie en général et de toute cette pression sociale-là parce que tout était lié. Tout était connecté. Mais c'est là que j'ai commencé à en parler ouvertement parce que j'avais déjà commencé à faire un site d'information anonyme sur la grossophobie et la discrimination qu'il y avait, en fait, surtout sur les stigmas qu'il y avait. Mais c'est à partir de là donc après ma chirurgie, où je me sentais vraiment bien et bon, je me sentais soutenu par ma blonde et c'est ça. Ok, je vais en parler à visage ouvert parce que, à un moment donné, je pense que c'est là que je sentais que je pouvais aller plus loin aussi et je me disais c'est important qu'il y ait une figure que, voilà, qu'on puisse associer quelqu'un au témoignage et non pas juste quelque chose d'anonyme quelque part sur Internet. » (participant 14, page 12)

Sa démarche répondait donc à son besoin de cohérence avec lui-même, mais ses prises de parole publiques lui causaient aussi quelques difficultés. Par exemple, les gens concluaient parfois à tort qu'il était maintenant tout à fait à l'aise dans son corps alors qu'il vivait encore beaucoup d'ambivalence vis-à-vis celui-ci.

« Je trouve que ça met une pression à bien aller et à toujours m'aimer et c'est comme non pas du tout. Des fois, je me fais aborder soit par des gens en privé ou parce que je donne des entrevues et des conférences et on me pose la question "ah oui ben là toi t'es fier dans ton...". Je suis comme "bien non ça veut pas dire je suis fier à tous les jours dans mon corps" [...]. Il y a une pression qui vient avec ça, et je sais pas encore tout à fait comment le gérer parce que d'un côté je le vois que c'est important et je le vois le positif que ça me donne, mais je sais pas encore comment le gérer le négatif. Je suis là-dedans depuis deux ans, j'essaye de gérer, d'apprendre à gérer ça. » (participant 14, page 13-14)

D'autres participantes accordaient beaucoup d'importance à leur rôle de modèle en tant que parents. Elles cherchaient à ne pas reconduire les messages dommageables qu'elles avaient elles-mêmes reçus durant leur enfance.

« J'ai essayé d'éviter ces pièges-là qui avaient comme meublé ma jeunesse je crois. Je pense que j'ai réussi en général avec les deux [enfants] parce que ma fille, elle a perdu beaucoup de poids et ma fille est pas grosse, je veux dire elle est tout petite, mais je veux dire, elle a perdu du poids dernièrement. J'ai noté, mais là je lui ai dit "tu as perdu du poids" et elle m'a dit "je le sais pas je m'en suis même pas rendu compte". Elle a dit "je pense que je bouge plus ou j'ai moins faim". Je constate qu'elle prend jamais la balance. En fait, elle est meilleure que moi par rapport en général sur son image corporelle. Elle est très encourageante par rapport à moi et j'ai jamais eu, devant eux autres, "ah je suis grosse" ou j'ai jamais eu ce genre de discours-là. Je pense qu'eux autres ont une belle image corporelle et qu'ils sont capables d'en parler positivement donc en tout cas, j'aurai réussi ça. Pour l'instant, ils ont pas l'air d'avoir de problèmes avec ça. » (participante 5, page 9)

« Étant adulte et ayant des enfants, je me suis beaucoup intéressée à ça, de dire, d'écouter la satiété et tout pour justement pas transmettre à mes enfants d'avoir une culpabilité quand ils mangent parce que c'est sûr que c'est quelque chose qui était vraiment présent chez nous quand on était petits. » (participante 7, page 3)

Les participantes étaient donc fières d'avoir pu transmettre leurs valeurs et leur apprentissage. Elles étaient conscientes que les normes sociales ne changeraient pas aussi rapidement qu'elles pourraient le souhaiter, mais leur démarche d'affirmation leur permettait d'entretenir un espoir de changement.

4.4 S'entourer

Les participantes ont dû entreprendre certaines actions et être vigilantes pour s'entourer de gens qui véhiculent des messages cohérents avec la direction qu'elles avaient choisie. En prenant conscience de l'effet de certains discours et certaines représentations sur elles, les participantes ont travaillé à filtrer ceux ayant un impact positif et à délaissier les autres. Les interactions avec les

professionnels de la santé demeurant encore problématiques dans certains cas, les participantes concernées ont donc entrepris de trouver des professionnels qui comprenaient leur situation ou qui n'insistaient pas sur la question du poids.

« J'ai changé [de médecin] d'ailleurs parce que c'était une question plus pour lui que pour moi. Donc ouin, mon médecin, à chaque fois que j'allais le voir là si j'avais pris du poids, j'avais un petit commentaire là. Il me suggérait de marcher plus et de moins manger mettons c'était sa solution. » (participante 7, page 2)

« J'en parlais avec ma psychologue ça faisait partie du pourquoi fallait que j'aille voir un psychologue parce que là j'avais de la misère avec mon médecin, ça va pas bien (rit). Donc c'était pas juste pour ça, mais ça faisait partie des rencontres pareil. Donc là, ma psychologue dans la clinique semi-privée dans laquelle elle travaille, il y avait un médecin [...]. Au début, j'étais pas trop trop chaude dans le sens que tous mes rendez-vous sont dans une ville à 35km d'ici [...]. Là j'ai fait, je peux pas [endurer] ce médecin-là qui est à deux minutes de chez nous, il a beau être à deux minutes, mais là ça marche plus. Je vais le faire là le 35 minutes et c'est la meilleure décision que j'ai pu prendre là honnêtement [...]. Donc elle a été comme référée par ma psychologue et cette médecin, c'est ça, c'est qu'elle travaille aussi avec un psychiatre. Et moi, comme il y avait tout un côté trouble alimentaire et trouble d'anxiété, bien, elle a beaucoup de connaissance au niveau des troubles psychologiques là si je peux dire ça comme ça, au niveau anxiété et tout ça. Donc elle était la mieux placée pour me comprendre et c'est ça, elle a une belle bienveillance. » (participante 8, page 4)

Certaines participantes ont cherché à identifier les ressources qui semblaient convenir à leurs besoins, mais ont aussi finalement parfois réalisé que ces ressources ne leur convenaient pas. La participante 3 avait notamment cherché de l'aide car elle croyait souffrir d'hyperphagie boulimique.

« J'ai fait appel à [une clinique spécialisée dans les troubles alimentaires] parce qu'ils offraient des services à distance et parce que, bon là j'en étais venue aussi à m'auto-diagnostiquer un trouble alimentaire. J'avais réalisé que j'avais probablement un trouble d'hyperphagie boulimique et là, je l'ai abordé dans cet angle-là. » (participante 3, page 10)

« J'ai surtout gaspillé beaucoup d'argent je dirais. Non pas que les rencontres avec l'intervenant étaient pas appropriées, m'ont pas aidée, mais tout l'argent que j'ai mis sur le cours qui nous offraient tout ça... Je suis vraiment pas allée au bout de la démarche comme j'aurais pensé. C'était très très axé disons l'aspect pathologique. Autrement dit c'était le même cours pour peu importe le trouble alimentaire que tu sois anorexique, boulimique, hyperphagique, ce que tu voudras. C'était la même approche et on dirait qu'il y avait quelque chose que je m'identifiais pas tout à fait complètement là-dedans. » (participante 3, page 10)

Le participant 14 a quant à lui eu de la difficulté à trouver des ressources qui correspondaient à son identité de genre. Il a expliqué se reconnaître davantage dans les discours destinés aux femmes et être exposé à peu de services ou de ressources destinés aux personnes queer ou aux hommes qui ne correspondent aux stéréotypes masculins. Son réseau social et professionnel lui a en revanche permis de trouver du soutien de manière plus informelle.

« Je me considère plus *queer*, mais on arrête pas de me mettre dans les hommes et c'est correct, mais ça fait que je passe dans des *craques* dans la mesure où je me retrouve beaucoup plus dans les discours qui sont adaptés aux femmes [...]. Quand je rencontre un psy ou une nutritionniste c'est jamais vers ça qu'ils me dirigent, ils vont plus me diriger vers le discours [orientés vers les] hommes, mais moi je me retrouve pas dans ce discours et je me suis jamais retrouvé [...]. Quand on parle d'*empowerment* du côté masculin et féminin c'est pas du tout la même chose. Quand on parle d'*empowerment* du côté féminin je trouve qu'il y a quelque chose du côté de l'affirmation de soi, de s'émanciper alors que du côté homme je trouve qu'il a quelque chose de presque... juste force physique alors que non, tous les hommes ne sont pas des Rambo [...]. Les discours qu'on trouve du côté homme ne me rejoignent pas mais vraiment pas et quand je regarde des fois des descriptions j'ai plus envie d'aller dans les groupes femmes [...]. Je veux pas du tout briser ça [les groupes destinés exclusivement aux femmes], mais ça fait que moi je sais pas vers où me tourner des fois, mais vraiment pas. » (participant 14, page 16-17)

Plusieurs participantes ont expliqué que les réseaux sociaux les ont exposées à des témoignages d'acceptation corporelle et de résilience face aux troubles alimentaires et à de l'information au sujet de l'alimentation intuitive. Puisque le recrutement des participantes pour la présente étude s'est effectué via Facebook, il va de soi que les participantes utilisaient les réseaux sociaux, mais

il est pertinent de relever que certaines participantes les géraient intentionnellement de manière à être exposées aux discours qui leur semblaient favorables et leur permettaient de normaliser les corps qui ne correspondaient pas aux modèles surreprésentés dans les médias traditionnels.

« Je m'étais, à un moment donné, abonnée à différents comptes *Instagram* de personnes en lien avec ça et il y en a justement qui vont préconiser la diversité corporelle ou le bien-être peu importe la forme de ton corps ou qui vont mettre des photos d'elles alors que selon les standards de la société, elles ont clairement pas le corps pour prendre des photos d'elles en maillot ou quoi que ce soit. Puis, je me suis un peu conditionnée à suivre un peu ces personnes-là parce que je pense qu'il faut se rééduquer comme personne, comme société à voir la beauté justement là-dedans parce qu'on a tellement été conditionné à cacher les rondeurs ou quoique ce soit ou à pas les exposer. Mais ça reste qu'au plus profond de moi-même, je les juge pas, loin de là, et je défendrais à la vie à la mort si j'entendais quelqu'un passer un quelconque commentaire, mais moi je le ferais pas. » (participante 3, pages 16-17)

« Je pense que c'est un petit peu comme ça que mon cheminement a commencé parce qu'il y a une fille avec qui je suis allée au secondaire qui a parlé de son vécu il y a quelques années. Elle avait un trouble alimentaire hyperphagique, en tout cas hyperphagique boulimique ou je sais pas si c'était exactement ça, mais en tout cas, elle mangeait en grosses quantités et elle a pris énormément de poids. Elle parlait de son vécu par rapport à ça. Bien là, elle était dans sa phase d'acceptation et je la trouvais tellement comme inspirante et je la trouvais tellement chanceuse d'en être là. Moi aussi je voulais être comme ça, comme elle donc je pense que ça été un petit peu elle qui m'a amenée à ça. Et dans la troupe où je danse, il y a une jeune vraiment plus jeune que moi comme, je pense qu'elle a 19 ans et elle est ronde, elle est magnifique, elle est grande, elle est super et elle s'accepte déjà. De voir ça, de me dire, bien coudonc, moi je suis une adulte puis... Elle déjà, elle perdra pas de temps dans sa vie à pas s'accepter ou à avoir des pensées négatives. Je la trouvais très inspirante aussi donc, oui je pense que ça c'est mes deux modèles principaux je dirais d'acceptation, mais je m'informe beaucoup sur ce sujet-là. Ça m'intéresse vraiment ça fait que, c'est sûr que j'en suis sur *Instagram* des filles qui s'acceptent parce qu'on dirait que ça me fait du bien [...]. Bien beaucoup les médias sociaux je dirais et mon entourage aussi, j'essaie d'avoir des personnes qui s'acceptent aussi, c'est principalement ça. C'est sûr que dans les magazines il y en a pas tant que ça, ça commence un peu à avoir des modèles un peu plus diversifiés, il y a plein de femmes qui m'inspirent qui sont connues [...], des femmes qui prennent la parole. » (participante 7, pages 6-7)

Bien que les médias traditionnels et les médias sociaux présentent généralement des personnes minces et représentent peu de diversité corporelle, plusieurs participantes ont fait le choix de

s'exposer le plus possible aux messages inclusifs qu'ils véhiculent. Elles ont donc choisi les messages de manière à normaliser la diversité corporelle en général et les corps gros en particulier. Certaines participantes voyaient dans leur entourage et dans les médias sociaux des modèles de personnes qui s'acceptaient et qu'elles considéraient inspirantes. Leur perception d'elles leur donnait l'espoir d'atteindre un état d'acceptation. Elles faisaient rarement référence au fait que, bien que ces personnes puissent être plus à l'aise qu'elles à s'afficher, leur processus d'acceptation était possiblement aussi jonché de doutes et de défis.

La catégorie « S'entourer » réfère aussi au contexte de vie des participantes, dans la mesure où leur vie professionnelle et familiale affectait leur capacité à faire certains choix. Le stress est un obstacle à l'alimentation intuitive puisque celle-ci implique d'être à l'écoute de soi, autant de ses besoins psychologiques que physiologiques. Pour la participante 4 et la participante 11 le fait d'avoir moins de responsabilités familiales ou professionnelles a favorisé la démarche vers l'acceptation corporelle et l'alimentation intuitive. Ces participantes ont donc relaté que durant d'autres périodes de leur vie, elles n'auraient pas pu trouver le temps et l'énergie de remettre en question leur rapport au corps et à l'alimentation.

« Exact et qui convenait pas [travailler de longues heures], j'étais pas quelqu'un qui aspirait justement à travailler 70 heures par semaine et de pas manger quand que je peux et de faire 12 heures dans ma journée et de pas savoir quand je rentre et de jamais arrêter. J'étais pas... c'était pas quelque chose dans lequel j'aspirais, mais je me suis rendue compte j'ai mis le doigt dans l'engrenage et j'étais pris un peu dans cette vie d'entreprise là parce que tu as des comptes à payer et faut que tu travailles pour payer tes comptes. C'est comme une roue qui tourne et moi j'avais plus envie de ça donc c'est un choix que j'ai fait justement dans mon début de processus avec ma psychologue et la nutritionniste de boucler la boucle de ce projet-là et de me choisir au final, de choisir des choses qui conviennent à mes valeurs et à mes projets de vie et de faire attention à ma santé. » (participante 11, page 7)

« Non ça fait du bien d'être toute seule après avoir élevé trois enfant toute seule là. Je prends juste, j'ai juste moi à m'occuper, ça fait tellement du bien. C'est la première fois de ma vie que je suis vraiment seule et j'ai vraiment le temps pour ça. » (participante 4, page 19)

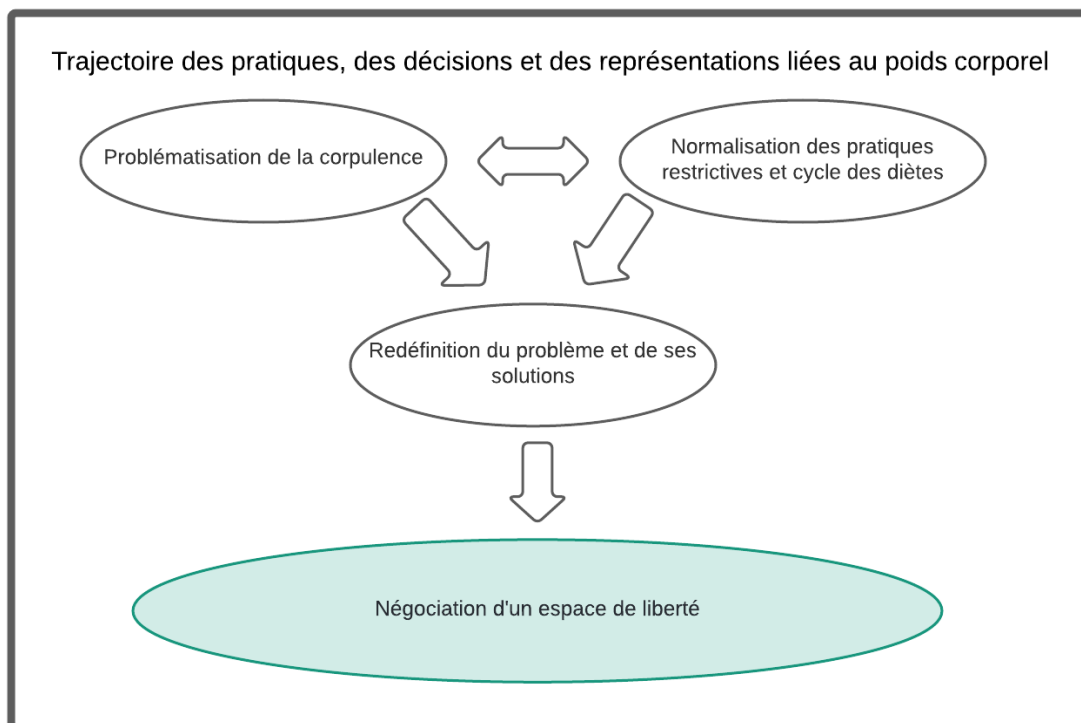
Le processus de « Négociation d'un espace de liberté » implique donc que cette liberté ne pouvait être simplement acquise, mais que les participantes devaient s'engager et prendre des décisions de manière quotidienne pour arriver à neutraliser un sentiment d'oppression causé par leur poids et ne plus ressentir l'impératif de le contrôler. Elles devaient sélectionner des ressources dans différentes sphères de leur vie pour entreprendre les actions qu'elles souhaitaient, mais aussi pour changer les représentations associées au corps.

Chacun des quatre processus ne représentent pas la fin du précédent, mais sa continuité. Au moment des entretiens, le poids des participantes continuait d'être problématisé par certains discours et certaines normes sociales et médicales, mais les participantes avaient aussi entamé des processus pour recadrer, résister et s'opposer à l'influence qu'exercent ces discours et ces normes sur leur vie. L'ampleur des processus de problématisation du corps et de normalisation des pratiques restrictives influence l'espace de liberté qui peut être négocié et les difficultés d'y parvenir.

MODÉLISATION

Les quatre processus ont été intégrés dans un modèle afin de montrer comment ils s'enchaînent. Chaque processus se trouve lié à différents discours, pratiques et contextes. La catégorie centrale, le processus de négociation d'un espace de liberté, est celui où les personnes tentent d'intégrer et de réorganiser toutes les perceptions et les discours appris au cours des trois autres processus. La négociation d'un espace de liberté semble être le but des participantes tout au long de leur trajectoire : elles cherchent à être libérées de la pression de perdre du poids soit en perdant du poids, soit en s'acceptant et en étant acceptée.

Figure 6: Modélisation des catégories principales



RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

La trajectoire des pratiques, des décisions et des représentations liées au poids corporel incluant la transition, achevée ou non, vers une alimentation plus intuitive chez les personnes qui ont suivis plusieurs diètes amaigrissantes est constituée de plusieurs processus représentés par les catégories principales de cette analyse.

Le catégorie « Problématisation de sa corpulence » englobe les processus par lesquels les participantes ont compris que leur poids était un problème. Les remarques directes et les comparaisons avec les autres ont alimenté ce processus qui est renforcé par le culte de la minceur présent dans l'environnement des participantes.

La catégorie « Normalisation des pratiques restrictives et cycle des diètes » réfère aux processus par lesquels les participantes ont compris qu'elles devaient mettre en place des stratégies restrictives pour perdre du poids afin de répondre aux normes sociales et médicales. Les influences ont été nombreuses pour les encourager à le faire. Une fois plongées dans le cycle des diètes, les participantes ont continué à trouver des stratégies et du soutien pour s'investir davantage dans ces pratiques.

La catégorie « Redéfinition du problème et de ses solutions » désigne la remise en question des deux processus représentés par les deux catégories précédentes. Cette catégorie inclut également des réflexions sur le caractère problématique de la mentalité des diètes en général et les effets délétères de certaines pratiques en particulier.

La catégorie « Négociation d'un espace de liberté » représente la catégorie centrale de cette analyse. Il s'agit du processus par lequel les participantes essaient d'établir une distance avec la culture des diètes et du culte de la minceur.

Ces processus ne constituent pas des étapes avec un début et une fin clairement délimitée. La problématisation du poids et la normalisation des diètes sont des processus auxquels les participantes ont appris à résister, mais les conversations internes qui délibèrent entre le désir de perdre du poids et celui de ne plus subir les conséquences ou le fardeau des pratiques restrictives se poursuivent tout au long de la trajectoire. De même, à partir du moment où les participantes ont commencé à adopter des pratiques restrictives, certaines remises en question ont émergé. Enfin, la quête des participantes demeure, tout au long de la trajectoire, de négocier un espace où elles pourront minimiser les conséquences psychologiques, sociales et physiques liées à leur poids corporel ou à la manière dont celui-ci est perçu.

DISCUSSION

Pendant les entretiens, les participantes ont raconté comment leurs perspectives sur la perte de poids et l'alimentation ont changé au cours de leur trajectoire. Le présent chapitre est divisé en cinq sections. La première section analyse les trajectoires des participantes en faisant ressortir l'évolution des délibérations internes et les déterminants sociaux liés à la trajectoire. La deuxième section traite de l'ambivalence et de l'ambiguïté qui sont particulièrement présentes dans le processus de négociation d'un espace de liberté, mais parfois absentes de certains discours sur le rapport au corps. La troisième section détaille les implications pratiques de la thèse notamment en lien avec la pleine conscience et la représentation de la diversité corporelle et la quatrième section explore les implications au niveau de la recherche. La cinquième et dernière section porte sur les forces et faiblesses de la présente étude.

RETOUR SUR LES TRAJECTOIRES

Au cours des entretiens, les participantes ont certes abordé leur processus réflexif personnel, mais elles ont aussi nommé des éléments de contextes qui facilitaient ou contraignaient ces processus réflexifs. Cette section vise à brosser le portrait de l'évolution des pratiques réflexives au fil de la trajectoire des participantes et à identifier les éléments contextuels dans lesquelles cette trajectoire réflexive s'est déroulée.

Évolution des pratiques réflexives au cours de la trajectoire des participantes

Au cours de leur trajectoire, les participantes ont effectué plusieurs délibérations réflexives afin de prendre conscience de leurs valeurs, leurs désirs et leurs croyances, de prioriser leurs

préoccupations et éventuellement d’agir. Les délibérations internes au sujet du poids ont beaucoup évolué. Les participantes semblent avoir fait preuve de différents types de délibérations internes pour se définir, mobiliser différents savoirs explicites et tacites et négocier leurs aspirations personnelles. La présente section explorera les types de réflexivité mobilisés à chaque étape de la trajectoire. La typologie de la réflexivité proposée par Margaret Archer servira de point de départ à la présente section pour mettre en lumière les pratiques réflexives des participantes. Selon Archer, les délibérations réflexives d’une personne au sujet de ses circonstances en relation avec elle-même ont un pouvoir causal sur sa trajectoire et ses actions en société²⁰⁵. La manière de mener ces conversations internes est toutefois différente d’une personne à l’autre²⁰⁵. Après avoir réalisé des entretiens auprès de personnes ayant des profils sociodémographiques variés, Archer a identifié trois modes de réflexivité qui lui permettaient de classer et mieux décrire le fonctionnement dominant des délibérations internes des participants à son étude²⁰⁵. Ces modes de réflexivités sont la réflexivité communicative, la réflexivité autonome et la méta-réflexivité. Cette typologie permet de mettre en évidence différentes manières d’exercer de l’agentivité dans une structure donnée. Ainsi, la réflexivité communicative permet à la personne de se positionner en continuité avec son milieu social²⁰⁵. Elle est davantage orientée vers le consensus²⁰⁶. La réflexivité autonome est davantage orientée vers des projets personnels spécifiques et la responsabilité individuelle²⁰⁵. La méta-réflexivité se manifeste quant à elle lorsque l’agent cherche à changer les structures qui l’entourent, c’est à-dire à s’impliquer pour créer des changements dans son environnement²⁰⁵. Selon Archer, les personnes sont généralement plus promptes à privilégier un certain mode de réflexivité. Cependant, cette typologie n’est pas utilisée dans la présente section pour catégoriser le processus réflexif prédominant de chacune des participantes, mais pour discuter de l’évolution des processus réflexifs au cours de leur trajectoire.

« *Problématisation du poids* » et « *Normalisation des pratiques de perte de poids et cycle des diètes* »

Au début de leur trajectoire, les participantes ont accepté plutôt facilement l'idée que leur poids était problématique et qu'il serait souhaitable d'adopter des pratiques amaigrissantes, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas, ou peu, activement tenté de remettre en question le culte de la minceur et la mentalité des diètes. Elles ont d'abord cherché à être en cohérence avec leur milieu. La perception péjorative du poids corporel se développe très tôt dans la vie²⁰⁷. Dès l'âge de 3 ans, les enfants présentent des attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes grosses et attribuent davantage d'attributs négatifs aux personnes grosses tels que la méchanceté, la stupidité et la négligence²⁰⁷. Un sondage réalisé en 2008 a indiqué que près de 30% des filles de neuf ans ont déjà tenté de faire une diète²⁰⁸. Les attitudes négatives à l'égard du poids et les pratiques amaigrissantes restrictives semblent correspondre aux modèles auxquels les jeunes sont exposés.

Les délibérations internes des participantes lors de cette période correspondaient à ce que Margaret Archer appelle la réflexivité communicative²⁰⁵. Ce type de réflexivité s'alimente principalement du dialogue avec autrui et de la validation de l'entourage²⁰⁵. Ainsi, les participantes ont intégré les messages véhiculés dans leur environnement selon lesquels leur poids est un problème et les diètes représentent la solution à ce problème. Le désir d'être acceptée et de ne plus être exposée à des jugements réprobateurs ont ainsi constitué les points de départ de la trajectoire réflexive de la très grande majorité des participantes.

Comme ces processus ont principalement été entamés durant l'enfance et l'adolescence, il est normal que les participantes aient été principalement influencées par leur milieu familial. Les participantes disposaient de peu de connaissances et d'expériences pour évaluer les répercussions de leurs pratiques et remettre en question les normes sociales. Le besoin ou le désir de correspondre aux attentes s'est maintenu à l'âge adulte. La forte réaction des gens par rapport aux pertes de poids des participantes et leur silence durant les périodes de regain de poids ont encouragé ces dernières à continuer de croire qu'elles devaient adopter des pratiques amaigrissantes.

« Redéfinition du problème et de ses solutions »

Au cours du processus de redéfinition du problème et de ses solutions, les participantes sont devenues plus critiques au regard des pratiques restrictives. Les déclencheurs qui ont entraîné une remise en question des pratiques restrictives varient d'une personne à l'autre et la trajectoire des délibérations internes n'est pas linéaire.

Certaines participantes ont d'abord délaissé les pratiques amaigrissantes car elles n'avaient plus l'énergie et le temps de s'y consacrer. Par exemple, certaines ont abandonné leur démarche de perte de poids et s'orientent vers d'autres priorités pendant un moment (par exemple : fonder une famille), alors que d'autres ont connu des épisodes de profonde désorientation dans plusieurs sphères de leur vie. Durant ces moments, les participantes n'avaient pas explicitement renoncé à l'objectif de perdre du poids, mais ne semblaient plus en mesure de le prioriser. Il y avait une incohérence entre leur désir de perdre du poids et leur capacité à prioriser cette préoccupation. Cette période a souvent été passagère et n'a pas déclenché, sur le moment, une réflexion profonde sur la pertinence des diètes. La somme des périodes de découragement a, en revanche, parfois

permis aux participantes de prendre conscience rétrospectivement des conséquences des diètes amaigrissantes dans leur vie.

Au fil des années, plusieurs participantes ont constaté que leurs stratégies de perte pondérale avaient des effets délétères. La prise de conscience de ces difficultés a encouragé certaines d'entre elles à aller chercher de l'aide. Les participantes ont ainsi entamé un processus de réflexion sur elles-mêmes, leurs croyances et leurs actions. Elles se sont interrogées sur les raisons pour lesquelles elles voulaient perdre du poids et pour lesquelles elles croyaient qu'elles devaient en perdre. Elles se sont également interrogées sur les conséquences que cela a eu et se sont demandées si cela était cohérent avec leur bien-être. Elles ont remis en question la culture des diètes que la plupart d'entre elles avaient acceptée d'emblée dès l'enfance ou l'adolescence. Il s'agissait donc, pour plusieurs, d'un processus méta-réflexif²⁰⁵. La méta-réflexivité désigne les délibérations internes d'une personne au sujet de ses propres pratiques réflexives²⁰⁵. Elle implique de se questionner à propos des raisons qui nous amènent à formuler certaines idées²⁰⁵. Ce type de réflexivité vise l'harmonisation de l'environnement social et des valeurs de la personne²⁰⁵. Inclure la méta-réflexivité comme un processus parmi d'autres de délibérations internes dans la théorisation du comportement humain permet de mettre en évidence le pouvoir de l'agentivité sur les structures²⁰⁶. Ce mode de réflexivité est concerné par le changement des structures plutôt que par la conformité à son environnement ou l'avancement personnel.

Pour quelques participantes, faire le bilan des expériences passées avec les diètes ou simplement être exposées à de l'information au sujet de l'effet délétère de celles-ci a été suffisant pour parvenir à cesser certaines pratiques. Pour plusieurs cependant, la communication a joué un grand rôle dans

le processus de délibération notamment lors de suivis avec des professionnels de la santé ou lors de la participation à des programmes de groupe par exemple. L'opportunité de s'identifier aux récits des autres et de recevoir de la validation dans leur processus de remise en question les a aidées à cheminer.

Les chemins par lesquels les participantes ont entrepris un processus de remise en question de la culture des diètes sont diversifiés, mais il semble qu'être exposé à des modèles ou à de l'information au sujet de l'alimentation intuitive ou des effets délétères des diètes ait pu alimenter les délibérations réflexives. Les différentes théories du changement de comportement de santé accordent beaucoup d'importance et à la communication et à la perception du risque^{209,210}. Les participantes avaient été grandement exposées à des discours sur les risques associés à l'obésité, mais peu aux sujets des risques associés aux diètes amaigrissantes. Les programmes basés sur la perception du risque se sont toutefois avérés peu efficaces pour favoriser les changements d'habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) et réduire les inégalités sociales de santé^{211,212}. Réaliser le caractère délétère de certaines pratiques amaigrissantes pouvait certainement alimenter les pratiques réflexives, mais prendre conscience des effets délétères d'une pratique n'est pas une panacée en matière de changement de comportement. En effet, des participantes ont tout de même continué à adopter des pratiques restrictives tout en reconnaissant qu'il ne s'agissait pas d'une bonne stratégie à adopter pour leur santé et leur bien-être à long terme. Les connaissances sur la santé semblent donc constituer un outil dans la trajectoire des délibérations réflexives au sujet de la culture des diètes, mais elles ne déterminent pas les aspirations et les pratiques des personnes qui souhaitent perdre du poids.

La catégorie « Redéfinition du problème et de ses solutions » représente ainsi une rupture où les personnes remettent en question leurs aspirations personnelles. Les délibérations internes qui s'opèrent durant ce processus sont donc particulièrement diversifiées et entraînent des changements dans la manière de percevoir la culture des diètes. Remettre en question la culture des diètes ne représente cependant pas la fin de processus de réflexion, mais mène plutôt à un processus de négociation d'aspirations souvent contradictoires.

« Négociation d'un espace de liberté »

Le processus central de cette trajectoire est la négociation d'un espace de liberté puisqu'il représente l'aboutissement de tous les autres processus. À travers ce processus, les personnes tentent de se négocier un espace de liberté entre les normes intégrées (tel que détaillé dans les deux premières catégories) et les nouvelles aspirations développées au cours du processus de redéfinition du problème et de ses solutions. Plusieurs participantes ont pris une orientation par rapport à leur alimentation et à la gestion de leur poids qui était contraire aux messages normatifs qu'elles percevaient et auxquels elles avaient longtemps tenté d'adhérer. Leur volonté de prendre une distance par rapport à certaines pratiques ou à la culture des diètes de façon générale était donc mise à l'épreuve dans plusieurs contextes de la vie quotidienne. Au cours du processus de négociation d'un espace de liberté, les participantes ont ainsi dû mobiliser plusieurs types de délibérations réflexives.

Plusieurs participantes ont par exemple cherché à s'entourer de gens qui partageaient des perspectives similaires aux leurs et leur offraient l'opportunité de partager leurs expériences et de se sentir acceptées et comprises. Selon Margaret Archer, les délibérations réflexives de certaines

personnes sont surtout orientées vers la recherche de l'harmonie avec leur monde immédiat²⁰⁵. Pour ces personnes, maintenir de bonnes relations avec les proches demeure plus important que de créer un changement social²⁰⁵. Le soutien de l'entourage pourrait donc être particulièrement déterminant pour celles-ci.

« For the 'communicative reflexive', subsequent decisions about what to do, how to act and, ultimately, who to be, are held open to the dialogical influences of those with whom they share their concerns, In other words, the membrane between the life of the mind and the life of the group is highly permeable and there is regular two-way trafficking between them. »²⁰⁵ (p.167).

Les participantes ont relaté plusieurs délibérations méta-réflexives où elles remettaient constamment en question leur rapport au corps et à l'alimentation, réaffirmaient leurs valeurs et faisaient le point sur leur trajectoire. Les tensions entre, d'une part, leurs aspirations personnelles et leurs valeurs et, d'autre part, leur environnement culturel et structurel paraissent particulièrement vives pour certaines d'entre elles. Les participantes se questionnaient beaucoup au sujet de leur démarche, cherchaient à identifier leurs patterns et se demandaient comment mieux se sentir vis-à-vis leur corps de manière durable (par exemple, sans dépendre de programmes coûteux). Elles cherchaient donc des outils, mais se questionnaient aussi sur leur besoin d'autonomie et leur désir de ne pas dépendre d'un professionnel ou d'une approche stricte. Elles se demandaient comment elles pouvaient agir pour être cohérentes avec elles-mêmes, contribuer à ne pas reproduire la culture des diètes et potentiellement aider d'autres personnes qui pourraient vivre une situation similaire à la leur.

Plusieurs participantes ont aussi relaté des épisodes où leurs délibérations réflexives ne parvenaient pas à les orienter. Elles évoquaient leur désir de perdre du poids et leur manque de confiance vis-à-vis les méthodes pour y parvenir. Elles sentaient qu'elles devaient s'accrocher à l'objectif de perdre du poids pour leur santé, mais craignaient que les méthodes de perte de poids ne puissent avoir des conséquences délétères. Elles étaient alors dans une impasse. Cette situation pouvait engendrer un certain découragement voire une certaine détresse. La participante 6, par exemple, a expliqué être dépassée face à l'abondance d'information contradictoire au sujet de la perte de poids. Le fait de ne plus savoir à qui faire confiance et la peur de revivre un « échec » a favorisé une plus grande ambivalence et indécision par rapport aux stratégies à adopter.

Le processus de négociation d'un espace de liberté impliquait pour plusieurs participantes la gestion de nombreuses ambivalences et ambiguïtés. Le processus réflexif ayant mené à la normalisation des diètes était plutôt simple dans la mesure où il était principalement orienté vers l'intention de répondre aux normes sociales présentes dans l'environnement des participantes. Prendre du recul par rapport au poids et adopter une approche plus positive vis-à-vis leur corps et l'alimentation a toutefois nécessité la mobilisation de modes de réflexivité plus diversifiés. Les participantes ont délibéré davantage au sujet de leurs valeurs, de leurs aspirations et de l'influence de différentes normes ou situations sur leur bien-être général. Les processus méta-réflexifs et rationnels ont donc été davantage mobilisés alors que les processus de réflexivité communicative ont été alimentés par des discours plus variés. Les délibérations internes menant à l'expression de l'agentivité des participantes au cours de ce processus étaient donc intenses et complexes. Le processus de négociation d'un espace de liberté impliquait une plus grande autonomie dans la

mesure où les délibérations internes pouvaient être alimentées par des discours plus diversifiés et des expériences antérieures contrairement à celui de normalisation des pratiques amaigrissantes qui peut s'opérer très tôt dans la vie. Au cours de leur trajectoire, les participantes ont donc tenté de redéfinir leur rapport au corps et les pratiques qu'elles souhaitaient adopter. Certains facteurs culturels, contextuels et matériels ont exercé une influence sur la trajectoire des participantes.

Déterminants sociaux liés à la trajectoire

La première sous-section portait sur la trajectoire individuelle et les délibérations internes qui orientent les décisions des personnes. Cependant, ces délibérations internes s'inscrivent dans des structures sociales, matérielles et culturelles plus larges. La possibilité ou la facilité à s'engager dans certaines délibérations dépend grandement de ces structures. Cette section de la discussion vise à mettre en lumière les contextes qui favorisent ou qui limitent certaines délibérations réflexives. Conformément aux objectifs de la recherche, l'accent a été mis sur les enjeux liés au genre et au statut socioéconomique.

Sexe et genre

L'échantillon de ce projet de recherche ne permet pas une comparaison rigoureuse entre la trajectoire des hommes et celle des femmes. En revanche, il existe des différences importantes dans le rapport au corps et à l'alimentation des hommes et des femmes et des discours et représentation qui les concernent. Il est donc utile de relater les différences documentées par les écrits scientifiques afin de mieux contextualiser la trajectoire des participants et des participantes.

La préoccupation pour la minceur et les pratiques restrictives ont souvent été identifiées comme des enjeux strictement féminins²¹³. Ces enjeux ne sont effectivement pas les mêmes pour les femmes et les hommes²¹⁴. La stigmatisation est généralement beaucoup plus forte chez les femmes obèses que les hommes obèses²¹⁵. La recherche indique par ailleurs que les femmes obèses sont plus désavantagées dans la sphère romantique et professionnelle²¹⁵. Les femmes sont également plus ciblées par la publicité et les modèles de femmes à la diète sont plus nombreux. Les femmes reçoivent donc plus de messages et de pression pour être minces, en plus de faire face à des difficultés dans différentes sphères de la vie. De plus, les hommes en surpoids ou en situation d'obésité selon leur IMC auto-rapporté sont plus nombreux à ne pas se dire préoccupés par leur poids que les femmes dans la même situation²¹⁶. Toutefois, lorsqu'on observe les tendances séculaires, on remarque une augmentation des diètes auto-rapportées chez les hommes et une augmentation des comportements de contrôle du poids malsains chez les adolescents^{217,218}. Il a été établi que les prescriptions sociales au sujet du poids ont plus de répercussions sur les préoccupations pour le poids et l'alimentation chez les femmes hétérosexuelles et les hommes homosexuels^{214,219}. Dans la présente étude, les deux participants s'identifiant au genre masculin ne semblent pas avoir vécu leur insatisfaction corporelle avec la même intensité que la majorité des participantes. Toutefois, le participant de sexe masculin s'identifiant « genderqueer » a été victime de remarques dégradantes à plusieurs reprises en raison de son poids. Le sexe, l'identité de genre et l'orientation sexuelle peuvent constituer des facteurs marquant une plus grande vulnérabilité face à la culture des diètes.

Au cours de leur trajectoire, les femmes semblent cependant avoir eu plus de ressources à leur disposition. Plusieurs services sont destinés principalement aux femmes que ce soit dans l'optique

de la perte de poids ou de l'acceptation corporelle. Les femmes ont plus d'opportunités pour échanger et s'identifier à des modèles. Les participants masculins ont eu recours à moins de services et semblent avoir eu moins d'occasion de discuter de leur rapport au corps et à l'alimentation. Le participant queer quant à lui a entrepris de parler davantage de ces sujets à un moment de sa vie et a ainsi rencontré de nombreux interlocuteurs pour en discuter. Malgré cela, il a tout de même affirmé ne pas se reconnaître dans les discours adressés aux hommes. Il a exprimé des critiques à l'endroit des discours qui présentent une vision essentialiste de la masculinité et de la virilité. Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il a été plus difficile de recruter des hommes pour le présent projet de recherche. Le fait que cette problématique soit généralement perçue comme un problème féminin a peut-être contribué à cette difficulté bien que les hommes soient généralement moins nombreux à participer à des études scientifiques sur la santé de façon générale^{220,221} et demeurent moins nombreux à faire des diètes.

Statut socioéconomique

Chaque étape de la trajectoire est influencée par le contexte socioéconomique des personnes. Le milieu socioéconomique dans lequel les personnes grandissent affecte les habitudes de vie à l'âge adulte. Les personnes qui grandissent dans un milieu défavorisé ont plus de chance d'être obèse à l'âge adulte²²² et le poids est fortement corrélé au désir de perdre du poids²²³. La mobilité socioéconomique à l'âge adulte ne mitige pas les répercussions négatives sur la santé d'avoir grandi dans un milieu socioéconomiquement défavorisé²²².

Les personnes ayant grandi dans un milieu défavorisé ont moins l'occasion de manger des repas en famille²²⁴. La prise de repas en famille durant l'enfance et l'adolescence est généralement

associée à des apports nutritionnels plus optimaux, à moins de comportements de contrôle du poids malsains ou potentiellement dangereux et à un indice de masse corporelle plus faible à l'âge adulte²²⁴⁻²²⁸. Les repas en famille peuvent cependant aussi être associés à des conflits au sujet de la nourriture²²⁹. Les tensions entre les lignes directrices de santé publique et les exigences du contexte familial pourraient être exacerbées par des conditions socioéconomiques plus difficiles²³⁰⁻²³⁶. Chez la participante 11, les repas familiaux étaient répétitifs et fades ce qui créait davantage de tension car la participante les refusait. Les parents du participant 14 disposaient également de peu de ressources pour les repas et le poids du participant s'ajoutait comme sujet de conflit. Ses parents voulaient l'encourager à découvrir de nouveaux aliments et à manger moins ce qui exacerbait les tensions déjà présentes autour des repas. On observe notamment que les enfants qui grandissent dans un milieu socioéconomiquement défavorisé ont davantage tendance à manger en l'absence de besoin physiologique²³⁷. La participante 11 a notamment raconté que lorsqu'elle avait accès à des aliments qu'elle considérait plus savoureux à l'extérieur de son domicile familial, elle avait tendance à manger comme si elle devait se « faire une réserve » plutôt que pour répondre à sa faim. Ainsi, les personnes qui grandissent dans des milieux défavorisés ont moins d'opportunités de développer des habitudes qui facilitent la mise en application de l'alimentation intuitive. La structure des repas et la disponibilité des aliments expliquent une bonne proportion de la différence observée dans la qualité alimentaire associée au statut socioéconomique²³⁸. De plus, l'insécurité alimentaire souvent présente dans ce type de contexte rend les principes de l'alimentation intuitive difficiles à concevoir ou à adopter car les possibilités de s'alimenter selon ses besoins sont limitées. L'insécurité alimentaire favorise l'anxiété alimentaire et la restriction ce qui peut être similaire aux émotions ressenties dans le cercle yo-yo des diètes²³⁹. Quelques participantes ont en effet expliqué que les limitations financières et le manque de

connaissance nutritionnelle ont affecté négativement leur relation avec la nourriture. Être exposé à différents aliments et faire l'expérience de repas agréables en famille pourraient être liés à de meilleures habitudes alimentaires et à un risque moins grand d'avoir un IMC supérieur ou égal à 25kg/m² à l'âge adulte²⁴⁰⁻²⁴². Un contexte socioéconomique plus avantageux a tendance à favoriser ces habitudes^{224,226,243}. Certaines études montrent toutefois que les personnes qui grandissent dans des milieux défavorisés accordent moins d'importance à la minceur^{232,244}.

D'une part, le contexte socioéconomique durant l'enfance et l'adolescence prédispose les personnes à des schèmes alimentaires qui ont des répercussions tout au long de leur trajectoire. D'autre part, les ressources socioéconomiques dont bénéficiaient les participantes à différents moments de leur trajectoire ont aussi influencé leurs dispositions et les moyens auxquels elles avaient accès pour définir et atteindre des objectifs en lien avec le rapport au corps, l'alimentation et le poids corporel. Le choix de services était plus limité que ce soit pour profiter de services liés à la gestion du poids comme de services liés à l'alimentation intuitive et l'acceptation corporelle. Les ressources financières affectent aussi le budget disponible pour l'alimentation, les activités sportives et le budget à consacrer aux soins de santé en général. Certaines participantes ont relaté que la charge mentale liée au stress financier et aux responsabilités (p.ex. personnelles, familiales...) limitait la possibilité de prendre soin de leur santé. La participante 4 a notamment décrit une période où elle n'accordait pas beaucoup d'attention à la gestion du poids, ni à ses signaux de faim et de satiété car elle travaillait beaucoup, avait des enfants à sa charge et subissait des stress financiers et familiaux importants. Le participant 14 a raconté quant à lui qu'il s'était mis à avoir des habitudes alimentaires qu'il considérait plus équilibrées lorsque son revenu est devenu confortable. Le participant 14 a également raconté que l'accès à des services de santé en

général (comme des soins dentaires ou des services psychologiques) lui permettait de sentir qu'il pouvait prendre en charge sa santé.

Certaines participantes ayant un revenu élevé ont eu accès à des programmes gratuitement alors que d'autres participantes n'avaient pas accès ou ne connaissaient pas ces services. Paradoxalement, les interventions de santé publique basées sur des stratégies d'accès universel ont tendance à profiter davantage aux personnes disposant de plus de ressources sociales et économiques^{245,246}. Les inégalités d'accès remettent en question les discours sur la responsabilisation individuelle. La gratuité des services ne suffit pas à enrayer les inégalités d'accès car plusieurs barrières individuelles et environnementales demeurent. Les barrières d'accessibilité géographique et les barrières sociales comme la peur d'être exposé au jugement sont plus prépondérantes chez certains groupes. Par exemple, l'évaluation des impacts du programme *Choisir de maigrir?*, un programme destiné aux femmes préoccupées par leur poids, a révélé que les femmes inscrites dans les cohortes étudiées avaient des niveaux d'éducation supérieurs à la moyenne²⁴⁷. Ce programme était pourtant dispensé gratuitement dans plusieurs CLSC du Québec.

Certaines participantes ont pu se payer plusieurs services selon leurs préférences. La participante 3 a notamment souligné que l'industrie de l'amaigrissement était très lucrative, mais qu'elle avait aussi l'impression d'avoir dépensé beaucoup d'argent pour des services qui visent à s'affranchir de la culture de diètes sans que cela ne conduise aux résultats qu'elle espérait.

En somme, le statut socioéconomique en début de vie et le capital social et économique tout au long de la trajectoire influencent les dispositions d'une personne et les moyens auxquels elle a accès pour prioriser sa santé et son bien-être, exprimer son agentivité en lien avec l'alimentation et aller chercher le soutien désiré selon ses aspirations et sa perception de ses besoins.

AMBIVALENCE ET AMBIGUÏTÉ

Les discours qui portent sur l'acceptation corporelle et les paradigmes d'intervention en santé non centrés sur le poids ne rendent pas tous compte des nuances et des difficultés rencontrées par les personnes qui tentent de suivre ces approches. L'ambivalence et l'ambiguïté sont pourtant des thèmes qui ont été fréquemment évoqués par les participantes. Cette section porte sur les discours concernant la responsabilité individuelle et la médicalisation du poids corporel. Cette section met en lumière le risque que certains éléments individualisants, moralisants, objectivants et contraignants, présents dans les discours sur le poids corporel et les pratiques alimentaires amaigrissantes, puissent se retrouver dans les discours sur l'acceptation corporelle et la promotion de la santé non centrée sur le poids.

Responsabilité individuelle

Les discours sur la gestion du poids insistent généralement sur les habitudes individuelles qui peuvent avoir une incidence sur le bilan énergétique et promeuvent le message normatif selon lequel les personnes grosses devraient se prendre en charge. Ces discours sont souvent critiqués pour refléter une idéologie néolibérale^{248,249}. Bien qu'il y ait davantage de sensibilisation au sujet des déterminants sociaux et environnementaux des habitudes de vie et du statut pondéral, il semble que la responsabilité individuelle soit toujours au cœur des solutions proposées²⁵⁰⁻²⁵².

Les auteurs Lee F. Monaghan, Roberts Hollands et Gary Pritchard ont proposé le concept de « l'entrepreneur de soi » pour désigner la responsabilité morale attribuée (voire imposée) aux gens pour les enjoindre à prendre en charge et travailler leur corps et leur santé²⁵³. Ce concept s'applique utilement aux questions de gestion du poids, au suivi de différents facteurs de risque comme la tension artérielle par exemple et à certaines habitudes comme la consommation de fruits et de légumes²⁵³. Ce concept peut également s'appliquer à d'autres attributs ou pratiques comme celles de ne pas suivre de règles alimentaires, de manger selon ses signaux de faim et de satiété ou encore d'afficher une image corporelle positive. Le concept de l'entrepreneur de soi s'applique aussi dans le domaine de la croissance personnelle et de la pensée positive notamment. Plusieurs sociologues appellent santéisme ce phénomène de moralisation des questions relatives à la santé individuel²⁵⁴. Ancrant leur analyse dans le contexte américain, ces chercheurs notent que la maladie et les problèmes de santé de manières plus large sont perçus comme des échecs moraux dans la classe moyenne²⁵⁴. La perspective santéiste favorise des interventions de promotion de la santé axées sur le changement de comportement individuel, plutôt que sur la modification de structures socioculturelles, économiques, politiques et légales qui prédéterminent les comportements et les choix individuels. Ainsi, on attire l'attention sur les connaissances et les comportements des personnes plutôt que de viser la dimension politique des stratégies de promotion de la santé : « For the healthist, solution rests within the individual's determination to resist culture, advertising, institutional and environmental constraints, disease agents, or, simply, lazy or poor personal habits. In essence, then, cause becomes proximate and solution is constructed within the same narrow space.»²⁵⁴ (p.369). La perspective santéiste valorise la capacité de l'individu à prendre soin de sa santé et à s'élever au-dessus des influences présentes dans son environnement.

Les discours sur l'acceptation corporelle ont tendance à reconnaître implicitement ou explicitement que le poids corporel est un attribut qui dépend de plusieurs facteurs. Comme les discours sur la gestion du poids, certains discours sur l'alimentation non-restrictive et l'acceptation corporelle peuvent toutefois aussi véhiculer une perspective néolibérale²⁵⁰. Ces discours peuvent transmettre le message selon lequel les personnes grasses ont la responsabilité de s'accepter et de ne pas exprimer ou reproduire de la grossophobie internalisée. Cette critique a été formulée par quelques auteurs en réaction aux discours de certains militants ou mouvements visant à promouvoir une image corporelle positive chez les personnes grasses²⁵⁵⁻²⁵⁷. De la même manière, certains discours insistent sur la responsabilité individuelle d'adopter une alimentation intuitive ou encore promeuvent l'importance d'exercer un contrôle de soi strict d'une manière qui s'apparente à celle des diètes restrictives²⁵⁸. Ces discours omettent de considérer que l'environnement alimentaire et le contexte de vie peuvent constituer des limites importantes à l'alimentation intuitive^{255,259}. Centrer le discours au sujet de l'alimentation intuitive et de l'acceptation corporelle autour de la responsabilité individuelle reproduit donc la perspective moralisante et individualisante des discours sur l'obésité et la perte de poids au même titre que les discours santéistes.

Un des risques d'insister sur la responsabilité individuelle est d'encourager des attentes irréalistes. La valeur morale accordée à la santé et au bien-être peut ironiquement devenir une source d'anxiété et de sentiment d'inadéquation²⁶⁰. Si des émotions ou des sentiments négatifs deviennent des indicateurs que l'individu a failli à ses responsabilités envers lui-même, le processus devient sans fin et plusieurs industries peuvent profiter du sentiment d'inadéquation qui en découle. Les

ressources et les services liés à la croissance personnelle peuvent accaparer beaucoup d'énergie et d'argent. Quelques participantes ont d'ailleurs abordé leur souhait de prendre du recul par rapport à la panoplie de services disponibles et mentionné avoir de la difficulté à faire des choix éclairés.

Centrer les discours sur la responsabilité individuelle peut favoriser un intérêt accru pour la commercialisation de certains produits et services de santé au détriment d'initiatives collectives visant à favoriser le bien-être général des communautés²⁵⁴. La prise en charge individuelle de la santé est particulièrement adaptée au public de la classe moyenne :

«Those most able to make individual adjustments are more likely to be middle class. Middle-class people not only possess more personal resources for changing life style, doing holistic therapy, and so forth, but also have acquired fundamental notions about themselves as social actors from work situations (and all the supporting socializing patterns) which are individually competitive. They are already predisposed toward seeing their achievements as a result of personal effort alone.»²⁵⁴ (p.384)

Les sous-sections suivantes approfondiront ce rapport à la responsabilité individuelle en lien avec les habitudes de vie et le rapport au corps.

Habitudes de vie

Certains auteurs estiment que les mouvements tels que *Body positive* et *Health at Every Size* peuvent renforcer la pression morale sur les personnes grosses pour qu'elles deviennent exemplaires sur le plan des habitudes de vie^{256,261}. Ces mouvements peuvent contribuer à la

pression ressentie par les personnes grosses de démentir les stéréotypes au sujet de leurs habitudes de vie. La rhétorique de se confesser ou se défendre d'avoir de saines habitudes demeure présente^{100,256,262}. Les personnes peuvent sentir le besoin de se confesser sur des périodes où leurs habitudes alimentaires ont été moins bonnes par exemple ou vont insister sur le fait qu'elles n'aiment pas les aliments sucrés ou qu'elles ont toujours été sportives. Ces mouvements peuvent ainsi contribuer à attribuer aux personnes grosses la responsabilité de prouver que leur poids est socialement acceptable parce que leurs habitudes de vie sont exemplaires: « In contemporary culture fat women are permitted to be fat provided they are not over-eating and it is even better if they can prove they are eating less than a thin person.»²⁵⁶ (p.30). Distinguer les personnes grosses qui sont moralement acceptables de celles qui ne le sont pas maintient en place le système de jugement qui capitalise sur la peur d'être gros et maintient la pression sur le fait de devoir présenter des habitudes exemplaires. Cela favorise ainsi l'anxiété et la culpabilité associées à la pression sociale de devoir rendre des comptes sur ses conditions de santé ou son apparence.

«Adopting health as a preoccupying value may act as a sort of prop against that insecurity. The healthist is in essence saying, “See, I am not deviant. I am not lacking. I control my condition. I am in the process of being healthy and whole.” What is important is the adoption of a symbol as a personal identity which matches dominant social expectations and stands in opposition to the identity of deviant. Healthism, in other words, becomes self-perpetuating. It extends deviance and then provides an answer to its own. »²⁵⁴ (p.382)

Certaines participantes accordaient beaucoup d'importance à la pratique d'activité physique et souhaitaient contrer les préjugés selon lesquels les personnes grosses sont inactives. Si les

stéréotypes de la personne grosse qui ne veut pas ou ne peut pas faire de sport sont nuisibles et pénibles pour plusieurs, il demeure que certaines personnes font face à des limitations : « Implying fat bodies are capable of everything thinner bodies are creates a narrative that fat people *should* be performing the same exercise behaviors as thin people regardless of whether that fat person finds exercising enjoyable.»²⁵⁶ (p.32). La participante 6 expliquait d'ailleurs avoir désiré un encadrement médical par rapport à son entraînement physique.

Certaines personnes grosses sont très nerveuses à l'idée de manger en public et la pression de se montrer exemplaire en public encourage la mentalité des diètes même si elle n'est pas orientée vers l'objectif de perdre du poids. Les discours sur les habitudes de vie peuvent ainsi encourager le perfectionnisme et la culpabilité. Les habitudes de vie ne devraient pas être un critère pour évaluer l'acceptabilité du poids d'une personne. Insister sur la responsabilité individuelle et la possibilité de surpasser sa condition médicale créé une perspective où les gens doivent continuellement chercher de nouvelles solutions, ce qui ouvre la porte à des services de santé alternatifs différant des approches traditionnelles. Ces services constituent une industrie qui peut bénéficier de l'angoisse des personnes à l'égard de leur santé.

« When such private efforts become the model for social practice, let alone public policy, they reinforce a medicalization of life which leaves us powerless to control our own fate They incapacitate precisely because, in both conception and practice, those who adopt such efforts as a model tend to deny or choose to ignore the structural conditions which produce in our society the behaviors, attitudes, and emotions upon which so much attention is now focused.»²⁵⁴. (p.375)

Les discours sur les habitudes de vie doivent inclure une perspective macrosociale et considérer, par exemple, les barrières sociales à l'activité physique, comme la sécurité des quartiers et les attitudes genrées qui freinent les filles à pratiquer des activités physiques principalement à l'adolescence^{263,264}. La démystification des mythes au sujet des règles alimentaires et de la culture des diètes devrait également avoir lieu dans la population générale afin de lutter contre les préjugés envers les personnes grasses.

Rapport au corps

La notion de responsabilité individuelle se reflète aussi dans certains discours sur le rapport au corps. Les insatisfactions corporelles ont persisté chez plusieurs participantes malgré leur désir de s'accepter, leur admiration pour les personnes grasses qui acceptent leur corps et leur volonté de contribuer aux changements de normes sociales. Les modèles de célébration et d'acceptation de la diversité corporelle permettent de remettre en question les normes, mais certains auteurs préviennent qu'il serait contreproductif que les discours présentent l'attitude positive à l'égard de son corps comme une injonction²⁵⁷. L'acceptation corporelle, tout comme le poids corporel, est liée à plusieurs facteurs. En effet, après avoir souhaité être plus mince pendant de nombreuses années, il est difficile de ne soudainement plus éprouver ce désir.

À travers ses publications, la chercheuse Samantha Murray a témoigné de ses tentatives difficiles de s'approprier le qualificatif « grosse » en lui attribuant une connotation positive^{257,265}. Elle voulait ainsi contribuer à reconfigurer la définition du corps gros qui lui avait été imposée²⁶⁵. Toutefois, les effets transformatifs de sa démarche n'ont pas été à la hauteur de ses attentes²⁶⁵.

« Surely in reclaiming the word “fat” I was disallowing its pejorative use against me. Perhaps I was. But I also felt even more distant from my own body than ever before. Supposedly, I could just decide to end my own shame at my own body, and I could decide to deflect painlessly the jibes of others. »²⁶⁵ (p.269)

Elle a soulevé qu'en tentant de montrer publiquement qu'elle était fière et bien dans son corps, elle niait ce qu'elle ressentait véritablement après tant d'années à vivre dans une société qui glorifie la minceur²⁶⁵. Son témoignage rejoint ainsi celui des participantes qui racontaient apprécier voir des personnes grosses représentées positivement, mais éprouvaient toujours des émotions négatives à propos de leur poids. La difficulté à conjuguer la prise de position politique et les sentiments contradictoires face à son propre corps ont aussi été évoqués par le participant 14. Même lorsque celui-ci parlait de ses difficultés à accepter son corps, les gens le percevaient comme un modèle d'acceptation. Le fait de parler ouvertement de ses difficultés ne les enrayait pas complètement. Le participant 14 se sentait parfois en décalage avec l'image d'une personne assumée et indéniablement bien dans son corps que certaines personnes pouvaient avoir de lui. Malgré leur activisme, des personnes comme le participant 14 et Samantha Murray ne croyaient pas que le simple fait de critiquer la construction sociale du corps gros et de vouloir avoir une image corporelle plus positive puisse effacer toutes les influences sociales ayant conféré au corps gros son caractère péjoratif. Selon Murray, la perception du corps est socialement construite et elle rejette le discours selon lequel on peut décider de la perception de son corps. Elle critique le discours de Marilyn Wann, une autrice et militante qui encourage les femmes à revendiquer haut

et fort le terme gros comme un attribut qui n'est pas dérogatoire et qui peut être célébré et ainsi se libérer des normes sociales²⁶⁵.

« Wann's model of subjectivity is founded on a humanist principle, whereby one's identity is located in one's mind, and that through the act of changing one's mind, it is then possible to change the way one's body is received.» ²⁶⁵ (p.271)

Plusieurs personnes ont témoigné d'une ambivalence par rapport à leur désir de perdre du poids sur des blogs sur l'acceptation corporelle²⁶⁶. Des lectrices ont commenté que même si elles avaient pris conscience de l'effet délétère des diètes et qu'elles étaient devenues critiques au sujet du culte de la minceur, elles demeuraient tentées de faire des diètes à nouveau²⁶⁶. À travers leurs commentaires, on pouvait lire que, pour certaines, faire des diètes représentait une transgression morale à des principes féministes ou des principes liés à l'acceptation corporelle²⁶⁶. Plusieurs commentatrices ont soulevé que la minceur constituait un avantage social important dans plusieurs aspects de la vie et que leur perception d'elle-même changeait également lorsqu'elles prenaient du poids²⁶⁶. Ainsi, l'analyse de ces commentaires rejoint la thèse de Murray selon laquelle la perception de soi ne provient pas d'une prise de décision autonome et ponctuelle, mais se construit au fil de nos interactions sociales et ne se déconstruit pas facilement^{257,266}.

Être capable de reconnaître que les schèmes culturels sont problématiques n'enraye pas l'effet que ces représentations peuvent avoir sur les personnes. Une étude sociologique néo-zélandaise portant sur la perspective des adolescentes sur la culture populaire montre que même si les adolescentes sont capables d'être critiques face aux représentations des femmes dans les médias, celles-ci les

font tout de même se sentir mal à propos de leur corps²⁶⁷. D'une part, les adolescentes expliquaient pourquoi le culte de la minceur est problématique et nommaient leur colère face aux compagnies qui utilisent des stratégies pour présenter une image homogène et idéalisée de la beauté féminine mais d'autre part, elles exprimaient leur désir d'être très minces²⁶⁷. Selon les auteurs, les adolescentes ne sont pas passives face aux représentations auxquelles elles sont exposées : elles sont capables de déconstruire de manière critique les images qui leur sont présentées et d'exprimer leur agentivité face à ces images²⁶⁷. Elles ont toutefois conscience que ces images affectent leurs désirs ou leur sentiment d'adéquation malgré leur capacité d'exercer un jugement critique sur celles-ci²⁶⁷.

Murray estime que de prétendre pouvoir décider de sa perception de son corps, choisir sa manière de se présenter au monde et rejeter les discours qui l'ont constituée revient à nier l'expérience vécue²⁵⁷. Elle estime qu'embrasser l'ambiguïté signifie d'accepter que le rapport aux corps soit constitué d'incorporations multiples et de les vivre, alors que de ne pas nommer les contradictions est une tentative de résoudre cette ambiguïté en créant une division dichotomique entre le corps de la personne et le sujet qui le perçoit²⁵⁷.

«In being a body-in-the-world who experiences through one's body rather than attempting a conscious overturning of this project by removing oneself from one's body has powerful – and painful – political implications.»²⁵⁷ (p.177)

Le participant 14 a témoigné de son malaise par rapport au fait que certaines personnes le voient comme une personne qui s'accepte et aime son corps. Bien qu'il ait témoigné que sa relation avec

son corps varie selon les moments de sa vie et les contextes, certaines personnes ne semblent pas en mesure de percevoir ou d'accepter l'ambiguïté de sa relation avec son corps. Ses positions subjectives sont donc multiples : il a certes cheminé et pris de l'assurance dans la sphère publique, mais il demeure confronté à des moments qu'il trouve plus difficiles dans sa vie privée. Murray reconnaît que les groupes de personnes grosses et fières peuvent aider certaines personnes à se sentir mieux, mais elle ne croit pas que changer la perception de quelques personnes s'attaque au cœur du problème²⁶⁵. Pour Murray, insister sur la responsabilité individuelle d'être fière de son corps amène un danger que les personnes se sentent divisées entre l'image qu'elles tentent activement de projeter et les émotions plus conflictuelles qu'elles ressentent par rapport à leur corps²⁵⁷.

Médicalisation du statut pondéral

Au fil des entretiens, les participantes ont fait part de plusieurs préoccupations par rapport à leur santé. Elles ont aussi relaté des interactions négatives avec des professionnels de la santé au sujet de leur poids et ont critiqué le fait que le corps gros était trop souvent associé, automatiquement et sans nuance, à une mauvaise santé. Plusieurs participantes demeuraient en revanche ouvertes à recevoir des conseils dans certaines circonstances et à discuter des interventions médicales possibles.

Plusieurs chercheurs et professionnels de la santé militent pour que l'obésité soit reconnue comme une maladie chronique alors que plusieurs chercheurs et activistes critiquent la médicalisation de l'obésité. Les participantes n'ont toutefois pas remis fondamentalement en question le discours selon lequel l'obésité peut être associée à plusieurs risques à la santé même si elles se sentent

opprimées lorsqu'elles reçoivent des recommandations qu'elles connaissent déjà ou que la question du poids est abordée sans leur consentement. À différents degrés, les participantes conservaient un intérêt pour les solutions médicales. La participante 3 et le participant 14, par exemple, ne sont pas fermés à la médication ou à la chirurgie pour perdre du poids. Les participantes critiquaient toutefois l'absence de couverture pour certains services comme les services de nutritionnistes ou de psychologues. Elles souhaitaient ainsi du support, mais elles ne voulaient cependant pas que leur santé soit réduite à la seule question du poids. De même, elles ne voulaient pas ressentir de pression vers une intervention ou un suivi médical si elles ne témoignaient pas d'intérêt à leur égard. Les participantes ne semblaient donc pas opposer la médicalisation du poids et la représentation positive du corps gros. Elles semblaient vouloir une dédramatisation plutôt qu'une démédicalisation du corps gros.

Plusieurs chercheurs et militants critiquent les discours médicaux sur l'obésité car la production et le partage de connaissances sur l'obésité reproduisent une certaine perspective de la moralité et de la vertu et contribuent à la stigmatisation des personnes grosses²⁵⁷. Comme les normes médicales n'influencent pas seulement le milieu médical et participent à la préconception tacite du monde, il existe un débat à savoir si la notion de choix est réellement applicable dans un tel contexte²⁵⁷. Murray suggère, en reprenant Foucault, que la médecine disciplinaire se base sur l'impression d'autonomie²⁵⁷. Ainsi, les personnes perçoivent que le fait d'améliorer leur santé et se prendre en main s'avère être leur propre décision, mais un système de normes sociales les oriente vers ce choix²⁵⁷. Les discours médicaux orientent et contraignent les choix qu'une personne peut faire par rapport à sa santé. La notion de choix demeure relative parce qu'elle est conditionnée par plusieurs facteurs, mais elle ne peut être complètement niée non plus. Se soumettre à des normes ou vouloir

améliorer sa santé ne sont pas contraires à l'expression de l'agentivité, mais constitue simplement des formes d'agentivité parmi d'autres.

Les auteurs qui critiquent la médicalisation de la vie quotidienne ne critiquent généralement pas les services de santé en tant que tel, mais la manière dont les connaissances et les normes médicales se répercutent dans différentes sphères (culturelles, sociales) et le fait que la médecine étend son pouvoir institutionnel et professionnel au-delà des sphères qui lui sont dévolues^{254,260}. « It is on the level of daily living, external to medical institutions and relationships, that experiences, activities, and ideologies about health are being elaborated. »²⁵⁴ (p.370). La santé peut devenir un argument pour justifier la stigmatisation et la discrimination²⁶⁰. Certaines personnes utilisent notamment des arguments médicaux pour justifier la faible représentation des personnes grasses à l'écran et dans l'industrie de la mode ou encore certains stéréotypes sur le caractère des personnes grasses²⁶⁸⁻²⁷¹.

Certains auteurs critiquent la validité des discours sur l'obésité avec des arguments biomédicaux^{272,273}. Pour LeBesco, argumenter en faveur d'approches non centrées sur le poids en réfutant les arguments biomédicaux favorise en fait la biomédicalisation du poids car le débat demeure centré sur la perspective biomédicale²⁷⁴. Bien qu'il soit pertinent à plusieurs égards de débattre de la validité des affirmations biomédicales et de débattre des limites des connaissances actuelles, le débat sur la manière de concevoir le poids des personnes grasses doit aussi être politique, légal et éthique.

La santé est devenue une valeur sociale et les gens ont tendance à se définir par leurs succès et leurs échecs en lien avec les pratiques de santé valorisées. La valeur identitaire accordée à la santé

pourrait avoir un effet paradoxal : « Biomedicine's legitimizing narrative of progressive victories over death's fearful shadow cannot be taken at face value. Any thoughtful consideration of the social meaning of health must ponder the irony that the more important health becomes for us, the more insecure we feel.»²⁶⁰ (p.403). L'investissement social et émotionnel dans la santé risque de nuire au discernement sur les répercussions des représentations et pratiques liées à la santé. Au Québec, dans un sondage réalisé en 2008, 37% des femmes étaient anxieuses en pensant à leur poids et 22% affirmaient que la gestion du poids dominait leur vie²⁰⁸. La préoccupation pour le poids et l'alimentation est associée au développement de troubles alimentaires^{275,276} comme l'orthorexie, une obsession pathologique pour la saine alimentation²⁷⁷. La préoccupation pour la santé ou pour le poids peut donc paradoxalement devenir un problème dans certains cas.

Les participantes étaient, d'une part, intéressées par les connaissances sur le poids et les traitements issus des sciences biomédicales, mais d'autre part, elles cherchaient aussi à diminuer l'anxiété qu'elles ressentaient par rapport à leur santé. Les approches biomédicales peuvent permettre aux personnes d'exercer leur agentivité, mais la médicalisation de la société peut limiter la compréhension d'enjeux sociopolitiques des souffrances personnelles et encourager la perspective de la santé comme fin en soi²⁶⁰. Les biais dans la production et la dissémination de connaissances biomédicales et l'effet paradoxal de la préoccupation pour la santé n'invalident pas l'importance des sciences biomédicales, mais indiquent que le discours médical doit être contextualisé à travers diverses perspectives.

IMPLICATIONS PRATIQUES

Au fil de leur trajectoire, les participantes ont remis en question plusieurs normes et pratiques sociales. Leurs trajectoires personnelles montrent que certaines ressources leur ont permis de prendre connaissance de différentes approches. Le processus d'acceptation ne semble jamais totalement terminé. Certains outils peuvent permettre de mieux vivre l'ambiguïté et les émotions contradictoires. La section « Implications pratiques » est divisée en quatre sous-sections. La première traitera des approches pour accompagner les personnes au cours de leur trajectoire. La deuxième section portera sur l'importance de sensibiliser les professionnels, les experts et les créateurs de contenu par rapport aux conséquences délétères de la mentalité des diètes. La troisième abordera la nécessité de ne pas limiter les interventions au contexte clinique. La quatrième sous-section traitera de la nécessité de diversifier les représentations des personnes grosses. Finalement, la dernière sous-section explorera le besoin de créer des espaces où il est possible de discuter d'ambiguïté et d'ambivalence.

Favoriser la pleine conscience et l'acceptation

Les modèles d'intervention basés sur la pleine conscience et l'acceptation visent à modifier les relations avec les sensations internes plutôt que de tenter de les contrôler ou de les supprimer. Ainsi, l'approche de la pleine conscience peut s'appliquer aussi bien à la perception de la faim et de la satiété, mais aussi aux émotions comme la culpabilité, l'ambiguïté et l'ambivalence. Certains auteurs estiment que la pleine conscience est en fait une facette de l'acceptation²⁷⁸. Dans le contexte clinique, les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience viennent altérer les liens entre les pensées ou les sentiments et les comportements que ces derniers peuvent engendrer^{278,279}. Au niveau de l'alimentation, cela signifie de ne pas ignorer sa faim, son envie de manger certains

aliments ou son état émotionnel, mais plutôt d'en prendre conscience sans altérer ou juger ses sensations et émotions. La culture des diètes, l'environnement alimentaire et la difficulté de vivre certains sentiments et émotions exercent des pressions qui ne favorisent pas la pleine conscience. L'environnement alimentaire conduit à manger en réponse à des surstimulations et favorisent l'envie de consommer des aliments riches en énergie et peu rassasiants. La culture des diètes repose en revanche sur le contrôle cognitif et conduit à ignorer sa faim et ses envies alimentaires. Le stress et la stigmatisation par exemple favorisent une alimentation déconnectée des besoins physiologiques^{280,281}. Ainsi, prendre conscience de ses émotions et des contextes dans lesquels elles surviennent permet de diversifier les stratégies pour combler ses besoins et ses envies dans la mesure où la personne dispose des ressources pour le faire. Au niveau de l'image corporelle ou du regard des autres, cela signifie également d'accepter que l'image corporelle fluctue. Elle peut varier dans le temps ou selon les contextes. Une personne peut être bien dans son corps en ce qui a trait à la sphère intime et avoir des complexes dans son milieu de travail par exemple. Les discours selon lesquels l'image corporelle résulte d'un choix personnel et le culte de la minceur qui érige des standards de beauté stricts favorisent une perspective dichotomique du corps comme étant beau ou laid, sain ou malsain, inspirant ou méprisable. Ainsi, certains discours prétendent qu'il est possible de projeter une image positive indépendamment des normes sociales alors que d'autres discours poussent au contraire à s'engager activement à changer son corps pour correspondre à la norme. L'acceptation de ses états cognitifs, émotionnels et physiologiques ne signifie pas de devenir satisfait avec toute situation, mais de prendre conscience et d'accepter la diversité des états vécus pour mieux exercer son agentivité. Il est ainsi possible de ressentir une insatisfaction par rapport à son image corporelle sans s'impliquer automatiquement dans des diètes

restrictives. Il est également possible d'accepter son ambivalence dans sa situation présente et de chercher à s'engager dans des pistes de solutions collectives.

Les thérapies basées sur la compassion envers soi-même et sur la pleine conscience ont démontré de bons résultats chez les personnes obèses²⁸²⁻²⁸⁶. Un de ces programmes a démontré des effets positifs sur la qualité de vie et les habiletés de pleine conscience alors que l'IMC, la stigmatisation internalisée liée au poids, le fait de manger pour des raisons émotionnelles, l'évitement d'expériences liées au poids, la honte et le jugement de soi ont diminué à la suite du programme²⁸². Éviter de vivre des expériences internes en lien avec le poids et la nourriture semble avoir les effets inverses²⁸². Être plus flexible et tolérant envers son poids et ses expériences en lien avec la nourriture semble paradoxalement mener à des habitudes alimentaires plus saines et un indice corporel plus faible²⁸². La pleine conscience semble effectivement réduire les épisodes hyperphagiques et le fait de manger pour combler ses besoins émotionnels^{282,284,286}.

Les personnes qui tentent d'accepter davantage leur poids ont témoigné de périodes de hauts et de bas et la pleine conscience peut permettre de vivre ces moments sans jugement. Prendre conscience des émotions et sensations permet de mieux exercer son agentivité dans un contexte donné alors que les éviter ou les ignorer peut conduire à être en réaction directe aux stimuli extérieurs. La pleine conscience gagne en popularité dans le domaine clinique²⁷⁸. Certains éléments contextuels sont nécessaires pour exercer la pleine conscience. La possibilité d'exercer la pleine conscience est limitée pour les personnes qui vivent des stress importants ou qui n'ont pas accès à des soutiens pour l'appliquer. La pleine conscience permet de mieux utiliser les ressources à sa disposition à condition qu'elle soit dans un contexte favorable pour le faire. Toutes les personnes n'ont pas le

même pouvoir d’orienter leurs actions ou de transformer leur environnement. Les interventions qui portent sur l’alimentation non-restrictive et l’acceptation corporelle sont parfois dirigées particulièrement vers les femmes et rejoignent généralement un public plus éduqué que la moyenne et culturellement peu diversifié^{287,288}. Des efforts particuliers doivent être faits pour mieux comprendre comment différents groupes de la population vivent avec la culture des diètes et les défis auxquels ils doivent faire face pour prendre leurs distances par rapport à ceux-ci. Certaines personnes font face à des stress importants et l’approche de la pleine conscience a des limites lorsque les personnes sont submergées par des responsabilités sociales et financières auxquelles elles ne peuvent se soustraire. Les approches basées sur la pleine conscience sont des outils, mais ne doivent pas être considérés comme des devoirs individuels, ni comme des solutions à des normes sociales problématiques. La pleine conscience n’est pas une panacée. Elle est principalement abordée comme une stratégie individualisante. De prime abord, cette approche ne propose pas de solution sociale ou politique, mais plutôt une stratégie pour mieux évoluer dans des contextes qui sont parfois problématiques. Certains auteurs reprochent à la pleine conscience d’encourager la médicalisation^{289,290}. Elle peut en revanche être intégrée dans les approches cliniques notamment en acceptant et normalisant l’ambivalence et l’ambiguïté et en encourageant les individus à les explorer plutôt qu’à les supprimer. Les équipes d’intervention multidisciplinaire incluant par exemple des psychologues, des kinésologues et des nutritionnistes peuvent aussi contribuer à faciliter l’apprentissage de la pleine conscience en lien avec l’image corporelle et les habitudes de vie. L’acceptation de l’ambivalence et de l’ambiguïté ne devrait cependant pas être limitée à des pratiques individuelles. Elle peut se faire de manière collective avec le dialogue et la promotion de la diversité.

Sensibilisation des professionnels, des experts en santé et des créateurs de contenu

Les professionnels de la santé, les experts en santé et les créateurs de contenu devraient être sensibilisés aux conséquences du culte de la minceur et de la culture des diètes, de même que celles des discours uniquement axés sur la responsabilité individuelle dans la gestion du poids. En effet, certaines lignes directrices ou organismes réputés en matière de santé sont d'avis que la gestion du poids est principalement influencée par les habitudes de vie, le manque de connaissances au sujet de l'alimentation et les décisions personnelles, et font la promotion du contrôle de l'énergie ingérée. Par exemple, la Société canadienne du cancer considère que le maintien du poids est un « choix ». Leur site web précise : « Pour atteindre un poids santé, il s'agit tout d'abord de réduire la quantité de calories provenant des aliments et boissons et de brûler davantage de calories en étant actif et en passant moins de temps assis. »²⁹¹. De nombreuses études des dernières décennies montrent pourtant que les comportements individuels sont un facteur qui contribue aux risques d'avoir un poids corporel plus élevé parmi plusieurs autres. Les institutions reconnues qui mettent l'accent sur un seul type de facteur (individualisant, de surcroît), mais qui omettent d'autres facteurs hors du contrôle des personnes peuvent contribuer au maintien de préjugés stigmatisants au sujet des habitudes de vie des personnes grasses et de leur manque de volonté ou de responsabilité. Cela perpétue l'idée qu'il est impératif pour les personnes grasses de perdre du poids afin d'améliorer leur santé alors que les habitudes de vie ont un effet positif qu'elles soient associées ou non à une perte de poids, et perpétue également le mythe selon lequel toute personne grosse peut atteindre un poids « santé » en adoptant de saines habitudes de vie.

Les nouvelles lignes directrices canadiennes de pratique clinique de l'obésité chez l'adulte (2020) recommandent pour leur part aux praticiens de prendre conscience de leurs biais et d'éviter

d'assumer une relation directe et automatique entre les habitudes de vie et le poids²⁹². Cependant, ces lignes directrices insistent sur le contrôle et l'atteinte d'objectif ce qui peut être incohérent et contre-productif pour les gens qui cherchent à mieux écouter leurs signaux de faim et de satiété. Bien que ces lignes directrices suggèrent d'accorder davantage d'importance aux habitudes de vie qu'à la perte de poids, les lignes directrices n'abordent pas l'acceptation corporelle, l'anxiété par rapport à l'alimentation et les approches plus flexibles qui seraient particulièrement appropriées pour les personnes qui ont longtemps adopté et souffert de la mentalité des diètes ni l'importance de promouvoir la diversité corporelle. Étonnamment, l'écoute des signaux de faim et de satiété ne figure pas dans ces lignes directrices. Bien que l'expérience vécue soit valorisée dans les lignes directrices d'Obésité Canada (2020), l'expérience vécue des personnes qui tentent de perdre du poids ou de s'accepter et l'expertise des cliniciens au sujet de la culture des diètes et de la quête perpétuelle de la perte de poids devraient être davantage prises en compte dans l'établissement de lignes directrices au sujet de l'obésité sans quoi elles risqueraient de perpétuer l'attitude contre-productive de certains professionnels.

Même si les participantes ont soulevé avoir observé qu'un changement de paradigme s'opère tranquillement chez les professionnels de la santé, certains professionnels, organismes et associations d'experts pourraient bénéficier de considérer une plus grande variété d'approches et de mieux comprendre l'expérience vécue. L'interdisciplinarité et la valorisation des connaissances issues des sciences sociales seront essentielles pour que les lignes directrices et les experts puissent favoriser des discours qui tiennent compte de la stigmatisation du poids et de l'omniprésence de la culture des diètes.

Adopter des approches populationnelles

Plusieurs professionnels de la santé et chercheurs s'intéressent à l'image corporelle et à l'alimentation d'un point de vue individuel. La plupart des programmes de santé publique mesurent l'efficacité de ces programmes avec les données individuelles des participants. Ces programmes reconnaissent que l'image corporelle et l'alimentation sont affectées par plusieurs facteurs sociaux, sans toutefois agir sur ceux-ci. On peut ainsi craindre que ces programmes puissent accroître les inégalités sociales de santé car ils rejoignent moins les populations vulnérables tout en reproduisant un discours individualisant. Les interventions centrées sur les individus peuvent cependant permettre d'accompagner certaines personnes et d'entamer des réflexions dépassant l'interaction professionnel-patient. Ces programmes offrent donc des occasions de discussion.

À titre d'exemple, le programme *Choisir de maigrir?* créé en 1982 au CLSC Rosemont à Montréal a été un catalyseur d'un changement de paradigme au Québec. Ce programme visait à faire prendre conscience aux femmes préoccupées par leur poids de la complexité des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui influencent les habitudes alimentaires, le poids corporel et le désir de perdre du poids²⁴⁷. Une dizaine d'années après le lancement de ce programme, plusieurs professionnels et personnes mobilisées pour la cause ont formé le Collectif action alternative en obésité, devenu par la suite le Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre qui a assuré la pérennité de ce programme pendant plusieurs années. En diffusant et en promouvant ce programme auprès des professionnels, ce groupe a, par le fait même, contribué à la réflexion de plusieurs professionnels de la santé. Aujourd'hui, l'organisme à but non lucratif ÉquiLibre propose des interventions pour favoriser une image corporelle saine et diversifiée dans le secteur de la

santé, les écoles, les milieux de travail, les médias et l'industrie de la mode²⁹³. Il déploie également des campagnes de sensibilisation pour développer l'esprit critique de la population au sujet des modèles de beauté véhiculés par les médias et encourage les Québécois et Québécoises à se mobiliser pour changer les normes sociales entourant la gestion du poids²⁹³. Le programme *Choisir de maigrir?* dont la portée était clinique au départ a donc donné lieu à des échanges et des mobilisations pour accroître la sensibilisation à la diversité corporelle au sein de différents secteurs (santé, éducation, milieux de travail, média) qui participent à la construction sociale du corps.

L'historique de l'organisme ÉquiLibre montre que les interventions cliniques et politiques ne s'opposent pas. Une perspective sociale et politique est nécessaire pour espérer des changements au niveau populationnel, mais les interventions qui ciblent les individus font aussi partie de la solution car elles permettent à des personnes de disposer de nouveaux outils et de pouvoir exercer leur agentivité. Le critique du mouvement santéiste, Robert Crawford, cite Marx pour expliquer que le besoin de stratégies individuelles pour faire face à des situations personnelles et la nécessité de d'agir au niveau collectif pour amener des changements à l'échelle populationnelle coexistent : « Above all we must avoid postulating 'Society,' again, as an abstraction vis-a-vis the individual. The individual is the social being. » (cité dans²⁵⁴ p.384). Les interventions cliniques peuvent être un point de départ, mais les stratégies globales d'intervention doivent considérer que si les individus peuvent certainement entamer une réflexion critique par rapport aux normes qui les entourent, ils demeurent confrontés quotidiennement à la stigmatisation liée au poids et à la pression sociale d'exercer un contrôle sur leur poids. Des interventions doivent donc être entreprises pour diminuer les préjugés de la population générale et valoriser la diversité corporelle

afin de s'attaquer aux causes des problèmes liés à la construction sociale du poids plutôt que d'uniquement enseigner à des individus à mieux vivre avec ces problèmes.

Diversifier les représentations de l'obésité dans les médias et la culture populaire

Comme les représentations du corps sont socialement construites, les normes sociales doivent changer pour réduire les conséquences sociales du culte de la minceur^{257,294,295}. Tel que discuté précédemment, la perception d'une personne n'est pas un choix qui peut se faire de manière indépendante du contexte²⁵⁷. Selon Butler, les choix ne sont pas infinis, ni absolus, ils sont faits à partir d'une matrice de discours culturellement spécifiques²⁹⁶. Ainsi, la diversité des récits au sujet des personnes grosses crée des options pour redéfinir le corps gros et se positionner soi-même. Les représentations des personnes grosses épanouies dans différentes sphères de la vie (par exemple : le sport, les arts, la carrière, le couple, les amitiés, la famille etc.) peuvent contribuer à montrer que la minceur n'est pas une condition préalable au bonheur et à l'épanouissement personnel et social. Les récits au sujet du poids ne servent pas uniquement à ce que les personnes grosses puissent se repositionner ou se redéfinir à la lumière de ces discours, mais aussi à contribuer à la construction politique, sociale et culturelle de l'obésité et du corps gros²⁹⁵.

Dans la culture populaire, les personnages gros sont plus souvent représentés en train de manger et moins souvent représentés comme des personnages ayant un partenaire romantique²⁹⁷. Les personnes grosses sont peu représentées dans les films et les médias télévisés^{297,298}. En plus, d'être sous-représentées, elles sont souvent représentées de manière négative^{297,299}. La télé-réalité *The Biggest Loser*, par exemple, met de l'avant la perte de poids comme une quête centrale et accentue la honte et l'humiliation associées au fait de ne pas réussir à atteindre un objectif de perte de

poids²⁵⁵. Plusieurs autres séries-réalités montrent aussi les personnes grosses spécifiquement en quête d'une perte de poids²⁵⁵. Ainsi, les personnes grosses sont souvent représentées comme devant subir une transformation. Elles sont représentées comme ayant deux identités : la personne « avant » qui doit être rejetée pour la version « après ». Ce « nouveau moi » se confesse alors sur son passé : « The generic expectations of such confessions carry a huge cost. That is, they urge us to live for this future and to discard our past. On a societal level, they urge us to dissociate ourselves from the fat. »³⁰⁰ (p.346). Le récit est souvent le même : une personne grosse a un moment de prise de conscience où elle réalise qu'elle doit faire quelque chose à propos de son poids et s'investit pleinement à transformer son corps pour enfin pouvoir profiter de la vie et se libérer de l'ancienne version d'elle-même, souvent dépeinte comme limitée, déficiente, faible, impuissante et/ou malheureuse³⁰⁰. La représentation des personnes grosses dans les films et les médias télévisés est un problème qui contribue à contraindre le corps gros à un problème de santé et un fardeau social et à ériger le corps mince comme le seul modèle (beauté, performance) acceptable et accepté.

Les représentations de l'idéal de minceur dans les médias écrits affectent négativement l'image corporelle des femmes et augmentent l'aversion du public envers les personnes grosses³⁰¹. Une étude sur les magazines de mode australiens estime qu'environ le quart des modèles semblent avoir une silhouette qui corresponde à un poids dit normal selon les classifications actuelles alors que moins de 1% semblent être en situation d'embonpoint³⁰². Certains gouvernements ont adopté ou considéré adopter des réglementations afin d'identifier plus clairement les photos qui ont été retouchées pour que les personnes puissent appliquer un jugement plus critique sur ces images³⁰³. Les études montrent qu'indiquer que les images ont été retouchées n'a pas de retombées bénéfiques sur l'image corporelle et pourraient même avoir des effets délétères sur les femmes qui ont

davantage tendance à comparer leur apparence à celle d'autrui³⁰⁴⁻³⁰⁷. Il est possible que cela envoie, au contraire, le message au lectorat que la minceur est si importante qu'il faille absolument retoucher les photos pour l'accentuer³⁰⁸. Présenter des images qui ne sont pas retouchées pourrait avoir des retombées plus positives³⁰⁶. La publicité qui présente des modèles de poids moyens (définis comme correspondant aux grandeurs 12-14) semble être préférable pour l'image corporelle et n'affecte pas l'efficacité de la publicité³⁰⁹. Moins d'études portent sur la réaction des hommes face aux images idéalisées, mais ils y seraient, eux-aussi, sensibles³⁰⁸. Les études empiriques indiquent donc que les images auxquelles les gens sont exposés ont des effets sur la manière dont ils perçoivent leur corps et qu'il n'est pas suffisant de distribuer de l'information sur le manque de représentativité ou d'authenticité des représentations pour contrer cet effet. Cela est cohérent avec les approches théoriques selon lesquelles la construction de l'identité et de la perception de soi est un processus social qui dépasse la compréhension rationnelle d'une situation.

La représentation de l'obésité dans les discours de santé publique contribue aussi à accroître les stéréotypes et la construction sociale du corps gros. Plusieurs auteurs critiquent l'emploi d'une rhétorique alarmiste dans les discours de santé publique^{255,273}. Une plus grande sensibilisation auprès des journalistes et des spécialistes de la santé publique pourraient favoriser une vulgarisation scientifique rigoureuse qui n'encourage pas l'aversion envers les personnes grosses. Une analyse de contenu indique que les médias états-unien attribuent le plus souvent l'obésité à une alimentation malsaine et à la sédentarité, mais abordent plus rarement les causes sociales³¹⁰. La différence entre l'importance accordée à la responsabilité individuelle et celle accordée à la dimension collective est encore plus marquée lorsqu'on aborde les solutions aux problèmes liés à l'obésité³¹⁰. Une autre étude montre que les trois quarts des images présentées pour accompagner

les articles de nouvelles sur l'obésité représentent les personnes grosses d'une manière négative ou stigmatisante³¹¹. De plus, le visage des personnes grosses est plus souvent coupé dans les images et des gros plans présentent certaines parties du corps de manière peu flatteuse³¹¹. Ces façons de présenter le corps gros sont déshumanisantes et dégradantes³¹¹. Il a été démontré que ces images augmentent l'attitude négative des observateurs à l'égard des personnes grosses contrairement à l'absence d'image ou à l'utilisation d'images non-stéréotypées^{311,312}. Des auteurs qualifient la stratégie de certaines campagnes de promotion de la santé de « pédagogie du dégoût »²⁵⁵. Tenir des forums de discussion sur la manière de présenter l'actualité scientifique portant sur l'obésité et élaborer des codes de conduite sur la manière de représenter le corps gros dans les médias pourrait permettre d'avoir des discussions plus constructives et moins stigmatisantes.

Créer des espaces pour vivre et explorer l'ambivalence et l'ambiguïté

Le défi de certaines participantes semblait être de gérer l'ambiguïté et l'ambivalence par rapport au désir de perdre du poids et de s'accepter telles qu'elles étaient de même que par rapport aux différentes approches alimentaires. Les participantes ont expliqué qu'échanger avec d'autres leur a permis de mieux vivre ce processus. Les participantes ont aussi raconté avoir fait face à des barrières et des appréhensions par rapport à ce partage d'expérience. Certaines participantes ont nommé avoir eu des appréhensions par rapport aux activités de groupe et avoir finalement beaucoup apprécié l'expérience. Rendre accessibles les opportunités d'échange sur le Web et en personne peut aider certaines personnes à apprivoiser la conversation avant de s'y engager. Le participant 14 soulignait aussi le peu de ressources pour les hommes et les personnes non-binaires, la plupart des services étant destinés principalement ou exclusivement aux femmes.

Le participant 14 a également souligné que les activités post-chirurgie bariatrique ne lui convenaient pas. Il craignait que ces activités ne le contraignent à un discours positif au sujet de la chirurgie et déplorait ne pas connaître de groupe pour échanger sur les aspects positifs et négatifs de la chirurgie tout comme sur ses ambivalences. D'autres études qualitatives sur des personnes qui ont subi des chirurgies bariatriques ont aussi relaté la difficulté de partager au sujet des expériences négatives liées à la chirurgie bariatrique notamment sur les forums de discussion en ligne^{313,314}. Une analyse de ces types de forums destinés aux personnes ayant subi une chirurgie bariatrique indique que le fait de parler de la chirurgie comme d'une renaissance est un signal d'appartenance à la communauté³¹⁴. La reprise du poids après la chirurgie bariatrique est un phénomène fréquent, mais les patients ont tendance à en avoir honte et à peu en parler lorsque leur expérience ne correspond pas au script d'une transformation idéalisée. Il semble y avoir un besoin d'aborder l'ambiguïté et l'ambivalence face à certaines méthodes de perte de poids.

Les résultats des études sur le programme *Choisir de maigrir?* ont montré qu'un groupe de soutien social dont la discussion était guidée par les participantes plutôt que par les professionnels de la santé a eu des retombées positives par rapport à un groupe témoin et des effets similaires au programme *Choisir de maigrir?* dont les séances sont normalement guidées par des professionnels³¹⁵. Ainsi, offrir des espaces où les personnes peuvent partager différentes expériences et points de vue peut permettre à celles-ci d'explorer leurs propres doutes et incertitudes sans que cela n'affecte leur identité ou leur appartenance au groupe.

Pendant la rédaction de cette thèse, plusieurs projets ont vu le jour dans l'espace médiatique québécois. Un magazine a publié un article sur la grossophobie vécue par les hommes en affichant

des photos « sexy » d'hommes considérés comme plus gros que l'idéal social accompagnées de leur témoignage au sujet de leur rapport au corps³¹⁶. L'initiateur de ce projet a lui-même raconté sa trajectoire de personne grosse dans les médias et sa volonté de normaliser le corps gros dans un contexte qui ne le tourne pas en dérision³¹⁶. Une humoriste et une chanteuse s'identifiant comme grosses ont coanimé une série documentaire sur l'acceptation corporelle et la grossophobie au cours de laquelle plusieurs personnalités s'exprimaient sur leur trajectoire personnelle³¹⁷. La divergence des points de vue et des trajectoires permet de normaliser et de nommer les difficultés que certaines personnes peuvent vivre en silence en plus de montrer que les personnes grosses peuvent aussi être épanouies dans leurs vies professionnelles, relationnelles et sexuelles. Une chef cuisinière a pour sa part animé un balado où elle témoigne de sa propre expérience avec la culture des diètes et interviewe plusieurs experts à ce sujet³¹⁸. Ces trois projets médiatiques sont des exemples d'initiatives qui proposent des récits variés et laissent beaucoup de place à l'ambiguïté et à l'ambivalence. Ce sont des exemples de projet qui permettent à des personnes concernées par la problématique de présenter et de contextualiser le discours médical. Les critiques au sujet de la culture des diètes ne sont donc pas seulement véhiculées par des professionnels. Elles proviennent de différents acteurs indépendamment de leur identité ou de leur positionnement dans la société. Des nutritionnistes, des médecins, des cuisiniers, des artistes, des éditeurs, des producteurs, des personnes grosses, des personnes minces, des personnes célèbres et des personnes anonymes contribuent au débat. La représentation des hommes, des personnes issues de minorité culturelles et sexuelles est présente, mais demeure faible. La représentation des personnes grosses dans la publicité, la télévision et le cinéma comme des personnes ayant le potentiel d'être séduisantes et de relever des défis qui ne sont pas liés à leur poids demeure rare. Bien que la discussion soit entamée, plus d'initiatives pour proposer des récits non stigmatisants sont nécessaires.

Présenter les ressemblances et les distinctions entre les discours des professionnels et de personnes concernées permet de bâtir un système de connaissances qui se complètent plus qu'elles ne s'opposent. Les connaissances biomédicales sur la santé doivent être contextualisées et confrontées à d'autres perspectives. Il ne s'agit pas de démanteler les types de savoirs, mais de mettre en commun les types de savoir pour que la science et la santé publique puissent contribuer au bien-être des individus et des collectivités. Favoriser le dialogue à différentes échelles permet d'alimenter la trajectoire personnelle de plusieurs personnes en plus de sensibiliser la population générale à la dimension collective du rapport au corps et à l'alimentation.

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

La présente étude montre que le parcours des personnes qui souhaitent perdre du poids n'est pas linéaire et que de la trajectoire des méthodes restrictives vers les pratiques plus intuitives est multidimensionnelle. Cela révèle des pistes pour la recherche observationnelle ainsi que pour la recherche sur les interventions cliniques et les interventions et politiques populationnelles.

Les trajectoires des participantes étaient fortement liées à leur parcours de vie et particulièrement à l'enfance. Des études pourraient ainsi approfondir l'impact du statut socioéconomique, du rapport de la famille à l'alimentation et à l'image corporelle et des antécédents de violence ou d'abandon durant l'enfance sur le rapport à l'alimentation et à l'image corporelle à l'âge adulte. D'autres études seraient aussi nécessaires pour approfondir le rapport à l'alimentation et à l'image corporelle selon l'identité de genre et l'appartenance culturelle. De plus, il serait intéressant d'explorer davantage la perception des personnes socioéconomiquement défavorisées sur les

concepts de l'alimentation intuitive et de l'acceptation de soi afin de mieux comprendre ce que cela peut signifier dans un tel contexte.

Les participantes ont relaté avoir reçu du soutien de professionnels de la santé au cours de leur transition. Des études documentent les effets de certains programmes basés sur l'alimentation intuitive et l'acceptation de soi, mais elles demeurent peu nombreuses. Comme cette thèse démontre que le processus de transition s'échelonne sur de nombreuses années, des études sur les impacts à long terme des interventions seraient particulièrement utiles pour démontrer les changements qui s'opèrent sur de longues périodes. De plus, des évaluations qualitatives seraient bénéfiques pour mieux comprendre les processus de changement qui s'opèrent au cours de ces interventions.

Finalement, des études qui permettraient d'évaluer les leviers de changement afin de diminuer le culte de la minceur et la culture des diètes dans la population générale sont nécessaires afin de diminuer la stigmatisation, diminuer les pratiques alimentaires délétères ainsi que promouvoir les saines habitudes de vie et une image corporelle saine et diversifiée. Mieux documenter les répercussions de la représentativité de la diversité corporelle et le caractère délétère des commentaires à propos du poids permettrait de servir d'appui scientifique pour la sensibilisation et la mobilisation au sujet de l'importance de représenter adéquatement et de façon diversifiée les personnes grosses dans les médias et la culture populaire ainsi que de réduire l'acceptabilité sociale des commentaires non sollicités sur le poids. Les politiques concernant la représentativité et les campagnes de sensibilisation sur la diversité corporelle doivent également être évaluées pour les

améliorer et encourager différentes instances (gouvernements, écoles, milieux de travail, média etc.) à les adopter.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La force de cette étude est d'avoir abordé la trajectoire du rapport au corps et celle de l'alimentation de manière concomitante. Cela a permis de réunir les préoccupations sociales et les préoccupations liées à la santé dans une même analyse. Une autre force de l'étude est la profondeur des témoignages obtenus qui portaient sur plusieurs aspects du rapport au corps des participantes. Les descriptions riches permettent de transmettre de manière précise et détaillée les trajectoires des participantes et offrent aux lecteurs la possibilité de s'imprégner de l'expérience vécue des participantes. La principale limite de l'étude est le manque d'itération entre le recrutement, la collecte de données et l'analyse des données qui a été difficile à réaliser pour des raisons circonstanciées, notamment en raison de la covid-19 qui a occasionné des pressions sur l'échéancier. Le retour constant à l'ensemble des verbatims lors de l'analyse de données a cependant permis de bien exprimer les ressemblances et les contrastes dans l'expérience des participantes par rapport à une même catégorie. La densité du matériel recueilli et le nombre restreint de verbatim a permis de mieux rendre compte des nuances car il était possible de retourner fréquemment aux verbatims dans leur totalité pour ajuster l'analyse et préciser les catégories. Une autre limite importante de l'étude est la faible représentativité des hommes et des personnes issues de milieux socioéconomiques diversifiés. Malgré l'attention portée à cet égard au cours de l'analyse, le nombre de participantes recrutées n'a pas permis d'atteindre la saturation théorique sur ces thèmes. Un recrutement itératif aurait permis de cibler des participants qui correspondaient à ces critères bien qu'ils s'agissent de groupes qui ont tendance à moins participer à des études

scientifiques. D'autres études sur l'expérience de différents groupes seront nécessaires pour développer des interventions efficaces et inclusives afin d'appuyer les personnes grasses dans leur trajectoire personnelle et de favoriser des normes sociales et des environnements plus favorables à la santé des personnes grasses.

CONCLUSION

La présente thèse montre que le rapport au corps et les pratiques alimentaires sont influencées par les normes auxquelles les personnes sont exposées tout au long de leur vie et que plusieurs éléments contextuels influencent les représentations, les délibérations et les choix potentiels de ces personnes. La normalisation du culte de la minceur et de la culture des diètes s'effectue dès un très jeune âge. La remise en question de ces normes est, en revanche, un processus long et complexe qui ne serait jamais complètement achevé. Les interventions de santé publique semblent avoir été un outil dans la trajectoire de plusieurs participantes, mais l'acceptation corporelle est surtout un processus qui se poursuit en relation avec les autres et qui dépasse ainsi largement le contexte clinique. Les participantes souhaitaient discuter de leur poids et recevoir du soutien dans certaines circonstances, mais ne voulaient pas que leur identité et l'ensemble de leur santé ne soit réduite à leur poids.

Plus d'outils sont donc nécessaires pour permettre aux personnes grosses de mieux exercer leur agentivité en lien avec leur rapport au corps et à l'alimentation. Pour ce faire, la représentation des personnes grosses ne doit pas être limitée à des discours qui mettent de l'avant les associations avec des problèmes de santé, les méthodes de perte de poids ou le caractère simultanément caricaturé et dramatisé du corps gros. Les descriptions doivent présenter des personnes grosses qui vivent des expériences qui ne sont pas reliées à leur poids afin de ne pas perpétuer la croyance que la perte de poids est une condition nécessaire à leur épanouissement. En contrepartie, des espaces pour discuter des préoccupations de santé sans jugement sont nécessaires pour que ces personnes puissent exercer leur agentivité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brauer P, Peirson L, Moore JE. The Canadian Task Force on Preventative Health Care's Guidelines on Obesity Prevention and Management in Adults and Children in Primary Care. *Can J Diabetes*. 2015;39:S13.
2. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. World Health Organization; 2000.
3. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*. 2006;21(6):770-782. doi:10.1093/her/cyl094
4. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Prev Med*. 2002;34(3):299-309. doi:10.1006/pmed.2001.0997
5. Neumark-Sztainer D. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do? *J Adolesc Health*. 2009;44(3):206-213. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.11.005
6. Battle EK, Brownell KD. Confronting a rising tide of eating disorders and obesity: Treatment vs. prevention and policy. *Addict Behav*. 1996;21(6):755-765. doi:10.1016/0306-4603(96)00034-2
7. Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolesc Med Phila*. 2003;14(1):159.
8. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J*. 2011;10:9. doi:10.1186/1475-2891-10-9

9. Schaefer C, Mongeau L. *L'obésité et La Préoccupation Excessive à l'égard Du Poids: Éléments d'une Problématique et Réflexions Pour l'action*. Collectif action alternative en obésité; 2000.
10. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 - Investir pour l'avenir. Published online 2006. Accessed October 10, 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-289-08W.pdf>
11. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Programme national de santé publique 2015-2025 - Pour améliorer la santé de la population du Québec. Published online 2015. Accessed October 10, 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
12. Burkert NT, Rásky É, Großschädl F, Muckenhuber J, Freidl W. The Influence of Socioeconomic Factors on Health Parameters in Overweight and Obese Adults. *PLOS ONE*. 2013;8(6):e65407. doi:10.1371/journal.pone.0065407
13. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev*. 2009;67 Suppl 1:S36-39. doi:10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x
14. Friedman MA, Brownell KD. Psychological consequences of obesity. *Eat Disord Obes Compr Handb*. 2002;2:393-398.
15. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004;1(1):43-56.
16. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search

- for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007;62(3):220-233.
doi:10.1037/0003-066X.62.3.220
17. Aphramor L. Validity of claims made in weight management research: a narrative review of dietetic articles. *Nutr J.* 2010;9:30. doi:10.1186/1475-2891-9-30
 18. Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2000;19(1S):5-16.
 19. Kong F, Zhang Y, Chen H. The construct validity of the Restraint Scale among mainland Chinese women. *Eat Behav.* 2013;14(3):356-360. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.06.009
 20. van Strien T, Peter Herman C, Engels RCME, Larsen JK, van Leeuwe JFJ. Construct validation of the Restraint Scale in normal-weight and overweight females. *Appetite.* 2007;49(1):109-121. doi:10.1016/j.appet.2007.01.003
 21. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Pers.* 1975;43(4):647-660. doi:10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x
 22. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc.* 1996;96(6):589-592; quiz 593-594. doi:10.1016/S0002-8223(96)00161-7
 23. Tiggemann M. Dieting in Moderation: The Role of Dietary Restraint in the Relationship between Body Dissatisfaction and Psychological Well-being. *J Health Psychol.* 1997;2(4):501-507. doi:10.1177/135910539700200407
 24. ÉquiLibre. L'approche d'ÉquiLibre - Une nouvelle façon d'aborder la situation - Approche

- et problématique - ÉquiLibre. Accessed January 29, 2018.
<http://www.equilibre.ca/approche-et-problematique/une-nouvelle-facon-d-aborder-la-situation/l-approche-d-equilibre/>
25. Bacon L, Aphramor L. *Body Respect: What Conventional Health Books Get Wrong, Leave Out, and Just Plain Fail to Understand about Weight*. BenBella Books, Inc.; 2014.
 26. Tylka TL. Development and Psychometric Evaluation of a Measure of Intuitive Eating. *J Couns Psychol*. 2006;53(2):226-240.
 27. Clinique Muula. Alimentation intuitive | Clinique MuUla - cours en ligne. Accessed October 11, 2017. <http://muula.ca/cours/inscription-au-programme-alimentation-intuitive/>
 28. Lemieux S. L'intuition au service de l'alimentation. Published October 23, 2014. Accessed October 11, 2017. http://www.contact.ulaval.ca/article_blogue/lintuition-au-service-lalimentation/
 29. Griffin S. Alimentation Intuitive-Volet 1. Accessed October 11, 2017. <http://passeportnutrition.teachable.com/courses/141610>
 30. Guevremont G, Lortie MC. *Kilo Zen: Retrouver Son équilibre*. Edition La Presse; 2016.
 31. Van Dyke N, Drinkwater EJ. Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutr*. 2014;17(8):1757-1766. doi:10.1017/S1368980013002139
 32. Schaefer JT, Magnuson AB. A review of interventions that promote eating by internal cues. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(5):734-760. doi:10.1016/j.jand.2013.12.024

33. Clifford D, Ozier A, Bundros J, Moore J, Kreiser A, Morris MN. Impact of non-diet approaches on attitudes, behaviors, and health outcomes: a systematic review. *J Nutr Educ Behav.* 2015;47(2):143-155.e1. doi:10.1016/j.jneb.2014.12.002
34. Ulian MD, Aburad L, da Silva Oliveira MS, et al. Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: a systematic review. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* Published online September 27, 2018.
35. Urbszat D, Peter C, Polivy J. Eat, drink, and be merry, for tomorrow we diet: Effects of anticipated deprivation on food intake in restrained and unrestrained eaters. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(2):396-401. doi:10.1037/0021-843X.111.2.396
36. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc.* 2005;105(6):929-936. doi:10.1016/j.jada.2005.03.011
37. Marchesini G, Cuzzolaro M, Mannucci E, et al. Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *Int J Obes.* 2004;28(11):1456-1462. doi:10.1038/sj.ijo.0802741
38. Bruce LJ, Ricciardelli LA. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite.* 2016;96:454-472. doi:10.1016/j.appet.2015.10.012
39. Linardon J, Mitchell S. Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. *Eat Behav.* 2017;26:16-22. doi:10.1016/j.eatbeh.2017.01.008

40. Tylka TL, Calogero RM, Daniélsdóttir S. Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite*. 2015;95:166-175. doi:10.1016/j.appet.2015.07.004
41. McLaren L, Gauvin L. Neighbourhood Level versus Individual Level Correlates of Women's Body Dissatisfaction: Toward a Multilevel Understanding of the Role of Affluence. *J Epidemiol Community Health* 1979-. 2002;56(3):193-199.
42. Wardle J, Griffith J, Johnson F, Rapoport L. Intentional weight control and food choice habits in a national representative sample of adults in the UK. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. 2000;24(5):534-540.
43. McLaren L, Kuh D. Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Soc Sci Med* 1982. 2004;58(9):1575-1584. doi:10.1016/S0277-9536(03)00209-0
44. McLaren L, Kuh D. Body dissatisfaction in midlife women. *J Women Aging*. 2004;16(1-2):35-54. doi:10.1300/J074v16n01_04
45. Cain P, Donaghue N. Political and health messages are differently palatable: A critical discourse analysis of women's engagement with Health At Every Size and fat acceptance messages. *Fat Stud*. 2018;7(3):264-277. doi:10.1080/21604851.2018.1448174
46. Monaghan LF. Re-framing weight-related stigma: From spoiled identity to macro-social structures. *Soc Theory Health*. 2017;15(2):182-205. doi:10.1057/s41285-016-0022-1
47. O'Hara L, Taylor J. Health at Every Size: a Weight-neutral Approach for Empowerment, Resilience and Peace. *Int J Soc Work Hum Serv Pract*. 2014;2(6):272-282.

doi:10.13189/ijrh.2014.020611

48. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
49. Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol*. 1994;66(5):882-894.
50. Hunger JM, Major B, Blodorn A, Miller CT. Weighed Down by Stigma: How Weight-Based Social Identity Threat Contributes to Weight Gain and Poor Health. *Soc Personal Psychol Compass*. 2015;9(6):255-268. doi:10.1111/spc3.12172
51. Ata RN, Thompson JK. Weight bias in the media: a review of recent research. *Obes Facts*. 2010;3(1):41-46. doi:10.1159/000276547
52. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *J Context Behav Sci*. 2014;3(3):196-202. doi:10.1016/j.jcbs.2014.01.003
53. Rich E, Evans J. 'Fat Ethics' – The Obesity Discourse and Body Politics. *Soc Theory Health*. 2005;3(4):341-358. doi:10.1057/palgrave.sth.8700057
54. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*. 2016;102:3-14. doi:10.1016/j.appet.2016.01.034
55. Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination, and Obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805. doi:10.1038/oby.2001.108
56. Sutin AR, Terracciano A. Perceived Weight Discrimination and Obesity. *PLOS ONE*. 2013;8(7):e70048. doi:10.1371/journal.pone.0070048

57. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*. 2014;82:8-15. doi:10.1016/j.appet.2014.06.108
58. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav*. 2007;91(4):449-458. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
59. Inzlicht M, Kang SK. Stereotype Threat Spillover: How Coping With Threats to Social Identity Affects Aggression, Eating, Decision Making, and Attention. *J Pers Soc Psychol*. 2010;99(3):467-481. doi:10.1037/a0018951
60. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol*. 2014;51:74-80. doi:10.1016/j.jesp.2013.11.009
61. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obes Silver Spring Md*. 2011;19(10):1957-1962. doi:10.1038/oby.2011.204
62. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol*. 2011;67(3):278-292. doi:10.1002/jclp.20749
63. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1019-1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491
64. Drury CAA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract*. 2002;14(12):554-561. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x
65. Cossrow NH, Jeffery RW, McGuire MT. Understanding weight stigmatization: a focus

- group study. *J Nutr Educ*. 2001;33(4):208-214. doi:10.1016/s1499-4046(06)60033-x
66. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *PLOS ONE*. 2012;7(11):e48448. doi:10.1371/journal.pone.0048448
 67. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1033-1039. doi:10.1038/oby.2003.142
 68. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Appl Nurs Res*. 2011;24(3):127-137. doi:10.1016/j.apnr.2009.05.001
 69. Wigton RS, McGaghie WC. The Effect of Obesity on Medical Students' Approach to Patients with Abdominal Pain. *J Gen Intern Med*. 2001;16(4):262. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016004262.x
 70. Vartanian, LR, Shaprow JG. Effects of Weight Stigma on Exercise Motivation and Behavior: A Preliminary Investigation among College-aged Females. *J Health Psychol*. 2008;13(1):131-138. doi:10.1177/1359105307084318
 71. Blodorn A, Major B, Hunger J, Miller C. Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. *J Exp Soc Psychol*. 2016;63:69-76. doi:10.1016/j.jesp.2015.12.003
 72. Pudrovska T, Reither EN, Logan ES, Sherman-Wilkins KJ. Gender and Reinforcing

- Associations between Socioeconomic Disadvantage and Body Mass over the Life Course. *J Health Soc Behav.* 2014;55(3):283-301. doi:10.1177/0022146514544525
73. Binette R. Facing the Challenges of Female Obesity During Midlife: Social Inequality, Weight Control, and Stigma in Clinically Overweight and Obese Women. PhD Thesis. Published online 2016. doi:10.20381/RUOR-179
74. Mongeau L. *Un nouveau paradigme pour réduire les problèmes reliés au poids : l'exemple de Choisir de maigrir ?* 2005. PhD Thesis. Accessed April 15, 2017. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17751>
75. Leske SG. *Dieting and Non-Dieting: Socio-Cognitive Determinants and Associations with Nutrition and Health Status Indicators.* PhD Thesis. Queensland University of Technology; 2015.
76. Camirand H, Berneche F, Cazale L, Dufour R, Bauline J. *L'Enquête Québécoise Sur La Santé de La Population, 2008: Pour En Savoir plus Sur La Santé Des Québécois.* Institut de la statistique du Québec; 2010:205 p. Accessed February 23, 2018. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois.pdf>
77. Cachelin FM, Regan PC. Prevalence and correlates of chronic dieting in a multi-ethnic U.S. community sample. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2006;11(2):91-99. doi:10.1007/BF03327757
78. Katz DL. Competing dietary claims for weight loss: Finding the Forest Through Truculent Trees. *Annu Rev Public Health.* 2005;26(1):61-88. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144415

79. Bombak AE, Monaghan LF. Obesity, bodily change and health identities: a qualitative study of Canadian women. *Sociol Health Illn.* 2017;39(6):923-940. doi:10.1111/1467-9566.12537
80. Leske S, Strodl E, Hou XY. A qualitative study of the determinants of dieting and non-dieting approaches in overweight/obese Australian adults. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1086.
81. Archer MS. *Structure, Agency and the Internal Conversation.* Cambridge University Press; 2003.
82. Archer MS. *Being Human: The Problem of Agency.* Cambridge University Press; 2000.
83. Adams M. Hybridizing habitus and reflexivity: towards an understanding of contemporary identity? *Sociology.* 2006;40(3):511-528.
84. Farrugia D. The reflexive subject: Towards a theory of reflexivity as practical intelligibility. *Curr Sociol.* 2013;61(3):283-300. doi:10.1177/0011392113478713
85. Elder-Vass D. Reconciling Archer and Bourdieu in an emergentist theory of action. *Sociol Theory.* 2007;25(4):325-346.
86. Bombak AE. The Contribution of Applied Social Sciences to Obesity Stigma-Related Public Health Approaches. *J Obes.* 2014;2014:267286. doi:10.1155/2014/267286
87. Frohlich KL, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illn.* 2001;23(6):776-797. doi:10.1111/1467-9566.00275
88. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce

- health inequities. *Sociol Health Illn.* 2014;36(2):213-225. doi:10.1111/1467-9566.12112
89. Raphael D. Social Determinants of Health: Present Status, Unanswered Questions, and Future Directions - Social Determinants of Health: Present Status, Unanswered Questions, and Future Directions. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):651-677. doi:10.2190/3MW4-1EK3-DGRQ-2CRF
90. Evans J, Davies B, Rich E. The class and cultural functions of obesity discourse: our latter day child saving movement. *Int Stud Sociol Educ.* 2008;18(2):117-132. doi:10.1080/09620210802351367
91. Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn.* 2009;31(3):441-455. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x
92. Scambler G. Sociology, social structure and health-related stigma. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):288-295. doi:10.1080/13548500600595103
93. Scambler G. Jigsaws, Models and the Sociology of Stigma. *J Crit Realism.* 2006;5(2):273-289. doi:10.1558/jocr.v5i2.273
94. Dunn JR. Speaking theoretically about population health. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(7):572-573. doi:10.1136/jech.2005.037549
95. Kindig D, Stoddart G. What Is Population Health? *Am J Public Health.* 2003;93(3):380-383.
96. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc Sci Med.* 1994;39(7):887-903. doi:10.1016/0277-9536(94)90202-X

97. Krieger N. Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? *Am J Public Health*. 2008;98(2):221-230. doi:10.2105/AJPH.2007.111278

98. Gouvernement du Canada. Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes (classification selon l'Organisation mondiale de la santé), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition. Published August 1, 2017. Accessed November 23, 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310079401>

99. IPSOS REID. Managing a Healthy Weight: Canadian Women Speak Out - Largest Study of Women's Attitudes on Managing their Weight Ever Released in Canada. Published online 2008.

100. Vigarello G. *Les métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Points; 2013. Accessed January 25, 2018. <http://journals.openedition.org/lectures/11670>

101. Bordo S. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press; 2004.

102. Lupton D. *Fat*. Routledge; 2012.

103. Poulain JP. *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de France; 2009.

104. LeBesco K. *Revolting Bodies?: The Struggle to Redefine Fat Identity*. Univ of Massachusetts Press; 2004.

105. Sobal J. *Interpreting Weight: The Social Management of Fatness and Thinness*. Routledge; 2017.

106. Monaghan LF. *Men and the War on Obesity: A Sociological Study*. Routledge; 2008.
107. Puhl R, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eat Behav*. 2003;4(1):53-78.
108. Kim SH, Willis LA. Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *J Health Commun*. 2007;12(4):359-376. doi:10.1080/10810730701326051
109. Himes SM, Thompson JK. Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obes Silver Spring Md*. 2007;15(3):712-718. doi:10.1038/oby.2007.635
110. Greenberg BS, Eastin M, Hofschire L, Lachlan K, Brownell KD. Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *Am J Public Health*. 2003;93(8):1342-1348.
111. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol*. 2005;24(5):517-525. doi:10.1037/0278-6133.24.5.517
112. Puhl RM, Schwartz MB. If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eat Behav*. 2003;4(3):283-293. doi:10.1016/S1471-0153(03)00024-2
113. Crandall CS, D'Anello S, Sakalli N, Lazarus E, Nejtardt GW, Feather NT. An Attribution-Value Model of Prejudice: Anti-Fat Attitudes in Six Nations. *Pers Soc Psychol Bull*. 2001;27(1):30-37. doi:10.1177/0146167201271003

114. Maximova K, McGrath JJ, Barnett T, O'Loughlin J, Paradis G, Lambert M. Do you see what I see? Weight status misperception and exposure to obesity among children and adolescents. *Int J Obes*. 2008;32(6):1008-1015. doi:10.1038/ijo.2008.15
115. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image*. 2009;6(2):90-96. doi:10.1016/j.bodyim.2008.11.004
116. Gregory CO, Blanck HM, Gillespie C, Maynard LM, Serdula MK. Perceived health risk of excess body weight among overweight and obese men and women: Differences by sex. *Prev Med*. 2008;47(1):46-52. doi:10.1016/j.ypmed.2008.01.008
117. Baum F. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promot Educ*. 2007;14(2):90-95.
118. Chin N, Monroe A, Fiscella K. Social Determinants of (Un)Healthy Behaviors. *Educ Health Mumbai*. 2000;13(3):317-328.
119. Orzano AJ, Scott JG. Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *J Am Board Fam Pract*. 2004;17(5):359-369. doi:10.3122/jabfm.17.5.359
120. Pearl RL. Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *J Soc Issues*. Published online 2019:146-182. doi:10.1111/sipr.12043@10.1111/(ISSN)9964-8291.injustice
121. Bombak Andrea E. The "Obesity Epidemic": Evolving Science, Unchanging Etiology. *Sociol Compass*. 2014;8(5):509-524. doi:10.1111/soc4.12153

122. Cooper C. Fat Studies: Mapping the Field. *Sociol Compass*. 2010;4(12):1020-1034. doi:10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x
123. Lupton D. *Fat*. Routledge; 2018.
124. Dickins M, Thomas SL, King B, Lewis S, Holland K. The Role of the Fatosphere in Fat Adults' Responses to Obesity Stigma: A Model of Empowerment Without a Focus on Weight Loss. *Qual Health Res*. 2011;21(12):1679-1691. doi:10.1177/1049732311417728
125. Campos P, Saguy A, Ernsberger P, Oliver E, Gaesser G. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *Int J Epidemiol*. 2006;35(1):55-60. doi:10.1093/ije/dyi254
126. Gard M, Wright J. *The Obesity Epidemic: Science, Morality, and Ideology*. Psychology Press; 2005.
127. Rail G, Holmes D, Murray SJ. The politics of evidence on 'domestic terrorists': Obesity discourses and their effects. *Soc Theory Health*. 2010;8(3):259-279. doi:10.1057/sth.2009.10
128. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, Littlejohns P, Prevost AT, Gulliford MC. Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records. *Am J Public Health*. 2015;105(9):e54-e59. doi:10.2105/AJPH.2015.302773
129. Gaesser G. Is "permanent weight loss" an oxymoron? The statistics on weight loss and the National Weight Control Registry. In: *The Fat Studies Reader*. New York University Press; 2009:37-41.

130. Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev.* 2009;22(1):93-108. doi:10.1017/S0954422409990035
131. Andres R, Muller DC, Sorkin JD. Long-term effects of change in body weight on all-cause mortality. A review. *Ann Intern Med.* 1993;119(7 Pt 2):737-743.
132. Yaari S, Goldbourt U. Voluntary and involuntary weight loss: associations with long term mortality in 9,228 middle-aged and elderly men. *Am J Epidemiol.* 1998;148(6):546-555.
133. Ordre professionnel des diététistes du Québec. Le poids. Accessed March 28, 2018. <https://opdq.org/reinventez-vos-habitudes-alimentaires/le-poids/>
134. Gravel K. L'alimentation intuitive pour entretenir une relation saine avec la nourriture et son cours. *Le patient.* 2017;11(3). Accessed October 11, 2017. <http://www.equilibre.ca/documents/files/le-patient.pdf>
135. Talia L. Welsh. Healthism and the Bodies of Women; Pleasure and Discipline in the War against Obesity. *J Fem Scholarsh.* 2011;(1):33-48.
136. LeBesco K. Fat panic and the new morality. In *Against Health.* New York University Press; 2010:72-82.
137. Brady J, Gingras J, Aphramor L. Theorizing health at every size as a relational-cultural endeavour. *Crit Public Health.* 2013;23(3):345-355. doi:10.1080/09581596.2013.797565
138. Bombak A, Monaghan LF, Rich E. Dietary approaches to weight-loss, Health At Every Size® and beyond: rethinking the war on obesity. *Soc Theory Health.* Published online

June 19, 2018:1-20. doi:10.1057/s41285-018-0070-9

139. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, et al. The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *J Obes*. 2014;983495. doi:10.1155/2014/983495.
140. Keyes CLM. Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: Bauer GF, Hämmig O, eds. *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*. Springer Netherlands; 2014:179-192. doi:10.1007/978-94-007-5640-3_11
141. Sullivan GC. Evaluating Antonovsky's Salutogenic Model for its adaptability to nursing. *J Adv Nurs*. 1989;14(4):336-342. doi:10.1111/j.1365-2648.1989.tb03421.x
142. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*. 2006;21(3):238-244. doi:10.1093/heapro/dal016
143. Gable SL, Haidt J. What (and Why) is Positive Psychology? *Rev Gen Psychol*. 2005;9(2):103-110. doi:10.1037/1089-2680.9.2.103
144. Swan E, Bouwman L, Hiddink GJ, Aarts N, Koelen M. Applying the Salutogenic Framework to Nutrition Research and Practice. *Am J Health Promot*. 2015;30(2):71-73. doi:10.4278/ajhp.140127-CIT-46
145. Aphramor L. Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies. *Soc Theory Health*. 2005;3(4):315-340. doi:10.1057/palgrave.sth.8700059

146. Tylka TL, Wilcox JA. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *J Couns Psychol*. 2006;53(4):474-485. doi:10.1037/0022-0167.53.4.474
147. Kerin JL, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*. 2019;132:139-146. doi:10.1016/j.appet.2018.10.011
148. Evelyn Tribole, Resch E. *Intuitive Eating: A Revolutionary Program That Works*. St. Martin's Publishing Group; 2012.
149. Stice E, Fisher M, Lowe MR. Are Dietary Restraint Scales Valid Measures of Acute Dietary Restriction? Unobtrusive Observational Data Suggest Not. *Psychol Assess*. 2004;16(1):51-59. doi:10.1037/1040-3590.16.1.51
150. Timmerman GM, Gregg EK. Dieting, perceived deprivation, and preoccupation with food. *West J Nurs Res*. 2003;25(4):405-418. doi:10.1177/0193945903025004006
151. Mela DJ. Determinants of food choice: relationships with obesity and weight control. *Obes Res*. 2001;9 Suppl 4:249S-255S. doi:10.1038/oby.2001.127
152. Mathieu J. What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *J Am Diet Assoc*. 2009;109(12):1982-1987. doi:10.1016/j.jada.2009.10.023
153. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017;30(2):272-283.

doi:10.1017/S0954422417000154

154. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*. 2013;60:13-19. doi:10.1016/j.appet.2012.09.029
155. Carbonneau N, Carbonneau E, Cantin M, Gagnon-Girouard MP. Examining women's perceptions of their mother's and romantic partner's interpersonal styles for a better understanding of their eating regulation and intuitive eating. *Appetite*. 2015;92:156-166. doi:10.1016/j.appet.2015.05.020
156. Augustus-Horvath CL, Tylka TL. The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *J Couns Psychol*. 2011;58(1):110-125. doi:10.1037/a0022129
157. Tylka TL, Kroon Van Diest AM. The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol*. 2013;60(1):137-153. doi:10.1037/a0030893
158. Oh KH, Wiseman MC, Hendrickson J, Phillips JC, Hayden EW. Testing the acceptance model of intuitive eating with college women athletes. *Psychol Women Q*. 2012;36(1):88-98. doi:10.1177/0361684311433282
159. Tylka TL, Homan KJ. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*. 2015;15:90-97. doi:10.1016/j.bodyim.2015.07.003

160. Avalos L, Tylka T. Exploring a Model of Intuitive Eating With College Women. *J Couns Psychol.* 2006;53(4):486-497.
161. Schoenefeld SJ, Webb JB. Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eat Behav.* 2013;14(4):493-496. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.09.001
162. Iannantuono AC, Tylka TL. Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: an exploratory model. *Body Image.* 2012;9(2):227-235. doi:10.1016/j.bodyim.2012.01.004
163. Shouse SH, Nilsson J. Self-Silencing, Emotional Awareness, and Eating Behaviors in College Women. *Psychol Women Q.* 2011;35(3):451-457. doi:10.1177/0361684310388785
164. Kroon Van Diest AM, Tylka TL. The Caregiver Eating Messages Scale: Development and psychometric investigation. *Body Image.* 2010;7(4):317-326. doi:10.1016/j.bodyim.2010.06.002
165. Galloway AT, Farrow CV, Martz DM. Retrospective Reports of Child Feeding Practices, Current Eating Behaviors, and BMI in College Students. *Obesity.* 2010;18(7):1330-1335. doi:10.1038/oby.2009.393
166. Gleeson K, Frith H. (De)constructing Body Image. *J Health Psychol.* 2006;11(1):79-90. doi:10.1177/1359105306058851
167. Webb JB, Wood-Barcalow NL, Tylka TL. Assessing positive body image: Contemporary

- approaches and future directions. *Body Image*. 2015;14:130-145.
doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.010
168. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kate Kellum K. Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *J Context Behav Sci*. 2013;2(1):39-48. doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.002
169. Rogers CB, Webb JB, Jafari N. A systematic review of the roles of body image flexibility as correlate, moderator, mediator, and in intervention science (2011–2018). *Body Image*. 2018;27:43-60. doi:10.1016/j.bodyim.2018.08.003
170. Webb JB, Hardin AS. An integrative affect regulation process model of internalized weight bias and intuitive eating in college women. *Appetite*. 2016;102:60-69. doi:10.1016/j.appet.2016.02.024
171. Leske S, Strodl E, Hou XY. Predictors of dieting and non-dieting approaches among adults living in Australia. *BMC Public Health*. 2017;17(1):214.
172. Brown I, Gould J. Decisions about weight management: a synthesis of qualitative studies of obesity. *Clin Obes*. 2011;1(2-3):99-109. doi:10.1111/j.1758-8111.2011.00020.x
173. Barraclough EL, Hay-Smith EJC, Boucher SE, Tylka TL, Horwath CC. Learning to eat intuitively: A qualitative exploration of the experience of mid-age women. *Health Psychol Open*. 2019;6(1):2055102918824064. doi:10.1177/2055102918824064
174. Greaney ML, Lees FD, Lynch B, Sebelia L, Greene GW. Using Focus Groups to Identify Factors Affecting Healthful Weight Maintenance in Latino Immigrants. *J Nutr Educ*

- Behav.* 2012;44(5):448-453. doi:10.1016/j.jneb.2011.11.008
175. Willig AL, Richardson BS, Agne A, Cherrington A. Intuitive Eating Practices among African-American Women Living with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *J Acad Nutr Diet.* 2014;114(6):889-896. doi:10.1016/j.jand.2014.02.004
176. Kidd LI, Graor CH, Murrock CJ. A Mindful Eating Group Intervention for Obese Women: A Mixed Methods Feasibility Study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013;27(5):211-218. doi:10.1016/j.apnu.2013.05.004
177. Bombak AE. “Obesities”: Experiences and perspectives across weight trajectories. *Health Sociol Rev.* 2015;24(3):256-269. doi:10.1080/14461242.2015.1045919
178. Ekman A. Theorizing failure: explanations regarding weight regain among people with fat bodies. *Soc Theory Health Lond.* 2018;16(3):272-291.
179. Donaghue N, Clemitshaw A. ‘I’m totally smart and a feminist... and yet I want to be a waif’: Exploring ambivalence towards the thin ideal within the fat acceptance movement. *Women’s Stud. Int Forum.* 2012;35(6):415-425.
180. Rice C. Becoming “the fat girl”: Acquisition of an unfit identity. *Womens Stud Int Forum.* 2007;30(2):158-174. doi:10.1016/j.wsif.2007.01.001
181. Saguy AC, Ward A. Coming Out as Fat: Rethinking Stigma. *Soc Psychol Q.* 2011;74(1):53-75. doi:10.1177/0190272511398190
182. Scott D. Critical Realism and Empirical Research Methods in Education. *J Philos Educ.* 2005;39(4):633-646. doi:10.1111/j.1467-9752.2005.00460.x

183. Archer MS. *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach.*; 1995.
184. Oliver C. Critical Realist Grounded Theory: A New Approach for Social Work Research. *Br J Soc Work*. 2012;42(2):371-387. doi:10.1093/bjsw/bcr064
185. Bhaskar R. *A Realist Theory of Science*. Routledge; 2013.
186. Bhaskar R. *Scientific Realism and Human Emancipation*. Routledge; 2009.
187. Sims-Schouten W, Riley SCE, Willig C. Critical Realism in Discourse Analysis: A Presentation of a Systematic Method of Analysis Using Women's Talk of Motherhood, Childcare and Female Employment as an Example. *Theory Psychol*. 2007;17(1):101-124. doi:10.1177/0959354307073153
188. Provencher V. *Comportements Alimentaires et Profil Psychologique Chez La Femme: Le Nouveau Paradigme En Matière de Gestion Du Poids Peut-Il Être Une Alternative de Choix?* PhD thesis. 2007.
189. Blundell JE, Gillett A. Control of Food Intake in the Obese. *Obes Res*. 9(S11):263S-270S. doi:10.1038/oby.2001.129
190. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. 2002;1(2):13-22. doi:10.1177/160940690200100202
191. Maxwell JA. Designing a qualitative study. *SAGE Handb Appl Soc Res Methods*. 2008;2:214-253.
192. Savoie-Zajc L. Interrelations entre le singulier et l'universel: les propositions de la

- recherche qualitative. *Rech Qual.* 2013;15:7-24.
193. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handb Qual Res.* 1994;2(163-194):105.
 194. Flick U. Designing Qualitative Research. In: SAGE Publications, Ltd; 2018.
 195. Bombak AE. The Contribution of Applied Social Sciences to Obesity Stigma-Related Public Health Approaches. *Journal of Obesity.* doi:10.1155/2014/267286
 196. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* SAGE Publications; 2014.
 197. Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory.* Mill Valley, CA: Sociology Press; 1967.
 198. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual.* 2006;5:99-111.
 199. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse Qualitative En Sciences Humaines et Sociales-4e Éd.* Armand Colin; 2016.
 200. Poupart J. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal; 1997.
 201. Creswell JW, Miller DL. Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Pract.* 2000;39(3):124-130.
 202. Denzin N. *Interpretive Interactionism.* SAGE Publications, Inc.; 2001.

doi:10.4135/9781412984591

203. Tracy SJ. Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qual Inq.* 2010;16(10):837-851. doi:10.1177/1077800410383121
204. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook.* SAGE; 1994.
205. Archer MS. *Structure, Agency and the Internal Conversation.* Cambridge University Press; 2003.
206. Scambler G. Resistance in Unjust Times: Archer, Structured Agency and the Sociology of Health Inequalities. *Sociology.* 2013;47(1):142-156. doi:10.1177/0038038512455878
207. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation’s children. *Psychol Bull.* 2007;133(4):557-580. doi:10.1037/0033-2909.133.4.557
208. IPSOS REID. Managing a Healthy Weight: Canadian Women Speak Out - Largest Study of Women’s Attitudes on Managing their Weight Ever Released in Canada. Published online 2008.
209. Portnoy DB, Ferrer RA, Bergman HE, Klein WMP. Changing deliberative and affective responses to health risk: A meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2014;8(3):296-318. doi:10.1080/17437199.2013.798829
210. Rothman AJ, Bartels RD, Wlaschin J, Salovey P. The Strategic Use of Gain- and Loss-Framed Messages to Promote Healthy Behavior: How Theory Can Inform Practice. *J Commun.* 2006;56(suppl_1):S202-S220. doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00290.x

211. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociol Health Illn.* 2014;36(2):213-225. doi:10.1111/1467-9566.12112
212. Prestwich A, Sniehotta FF, Whittington C, Dombrowski SU, Rogers L, Michie S. Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychol.* 2014;33(5):465-474. doi:10.1037/a0032853
213. Saguy A. Why Fat is a Feminist Issue. *Sex Roles.* 2012;66(9-10):600-607. doi:10.1007/s11199-011-0084-4
214. Conner M, Johnson C, Grogan S. Gender, Sexuality, Body Image and Eating Behaviours. *J Health Psychol.* 2004;9(4):505-515. doi:10.1177/1359105304044034
215. Fikkan JL, Rothblum ED. Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles.* 2012;66(9-10):575-592. doi:10.1007/s11199-011-0022-5
216. Timperio A, Cameron-Smith D, Burns C, Crawford D. The public's response to the obesity epidemic in Australia: weight concerns and weight control practices of men and women. *Public Health Nutr.* 2000;3(4):417-424. doi:10.1017/S1368980000000483
217. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Larson N, et al. Secular trends in weight status and weight-related attitudes and behaviors in adolescents from 1999 to 2010. *Prev Med.* 2012;54(1):77-81. doi:10.1016/j.ypmed.2011.10.003
218. Murray SB, Brown TA, Lavender JM, Nagata JM, Keel PK. The evolving nature of weight dissatisfaction and eating behaviors among men: Secular trends among college men across four decades. *J Abnorm Psychol.* 2020;129(8):824-830. doi:10.1037/abn0000587

219. Gettelman TE, Thompson JK. Actual differences and stereotypical perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female heterosexual and homosexual samples. *Sex Roles*. 1993;29(7-8):545-562. doi:10.1007/BF00289327
220. Glass D, Kelsall H, Slegers C, et al. A telephone survey of factors affecting willingness to participate in health research surveys. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1017. doi:10.1186/s12889-015-2350-9
221. Thornton L, Batterham PJ, Fassnacht DB, Kay-Lambkin F, Caelear AL, Hunt S. Recruiting for health, medical or psychosocial research using Facebook: Systematic review. *Internet Interv*. 2016;4:72-81. doi:10.1016/j.invent.2016.02.001
222. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet*. 2002;360(9346):1640-1645. doi:10.1016/S0140-6736(02)11602-3
223. Santos I, Sniehotta FF, Marques MM, Carraça EV, Teixeira PJ. Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis: Weight control attempts in adults. *Obes Rev*. 2017;18(1):32-50. doi:10.1111/obr.12466
224. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(3):317-322. doi:10.1053/jada.2003.50048
225. Loth K, Wall M, Choi CW, et al. Family meals and disordered eating in adolescents: Are the benefits the same for everyone?: Family Meals and Disordered Eating in Adolescents. *Int J Eat Disord*. 2015;48(1):100-110. doi:10.1002/eat.22339

226. Dallacker M, Hertwig R, Mata J. The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis: Family meals and children's health. *Obes Rev.* 2018;19(5):638-653. doi:10.1111/obr.12659
227. Berge JM, Wall M, Hsueh TF, Fulkerson JA, Larson N, Neumark-Sztainer D. The Protective Role of Family Meals for Youth Obesity: 10-Year Longitudinal Associations. *J Pediatr.* 2015;166(2):296-301. doi:10.1016/j.jpeds.2014.08.030
228. Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M. Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Can Fam Physician.* 2015;61(2):e96-e106.
229. Wilk R. Power at the Table: Food Fights and Happy Meals. *Cult Stud ↔ Crit Methodol.* 2010;10(6):428-436. doi:10.1177/1532708610372764
230. Neuman N, Eli K, Nowicka P. Childhood memories of food and eating in lower-income families in the United States: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2021;21(1):586. doi:10.1186/s12889-021-10533-1
231. Bowen S, Brenton J, Elliott S. *Pressure Cooker: Why Home Cooking Won't Solve Our Problems and What We Can Do About It.* Oxford University Press; 2019.
232. Backett-Milburn KC, Wills WJ, Gregory S, Lawton J. Making sense of eating, weight and risk in the early teenage years: Views and concerns of parents in poorer socio-economic circumstances. *Soc Sci Med.* 2006;63(3):624-635. doi:10.1016/j.socscimed.2006.02.011
233. Fielding-Singh P. A Taste of Inequality: Food's Symbolic Value across the Socioeconomic

- Spectrum. *Sociol Sci*. 2017;4:424-448. doi:10.15195/v4.a17
234. Kaufman L, Karpati A. Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: Food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn. *Soc Sci Med*. 2007;64(11):2177-2188. doi:10.1016/j.socscimed.2007.02.019
235. Fielding-Singh P. You're worth what you eat: Adolescent beliefs about healthy eating, morality and socioeconomic status. *Soc Sci Med*. 2019;220:41-48. doi:10.1016/j.socscimed.2018.10.022
236. Gunson JS, Warin M, Moore V. Visceral politics: obesity and children's embodied experiences of food and hunger. *Crit Public Health*. 2017;27(4):407-418. doi:10.1080/09581596.2016.1234709
237. Hill SE, Prokosch ML, DelPriore DJ, Griskevicius V, Kramer A. Low Childhood Socioeconomic Status Promotes Eating in the Absence of Energy Need. *Psychol Sci*. 2016;27(3):354-364. doi:10.1177/0956797615621901
238. Ranjit N, Wilkinson AV, Lytle LM, Evans AE, Saxton D, Hoelscher DM. Socioeconomic inequalities in children's diet: the role of the home food environment. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12(S1):S4. doi:10.1186/1479-5868-12-S1-S4
239. Durocher E, Perron A. L'importance de partager son expérience pour briser le cycle des diètes amaigrissantes. *Nutrition*. 2022;1(1):16-21.
240. Robson SM, McCullough MB, Rex S, Munafò MR, Taylor G. Family Meal Frequency, Diet, and Family Functioning: A Systematic Review With Meta-analyses. *J Nutr Educ*

- Behav.* 2020;52(5):553-564. doi:10.1016/j.jneb.2019.12.012
241. Larson N, Fulkerson J, Story M, Neumark-Sztainer D. Shared meals among young adults are associated with better diet quality and predicted by family meal patterns during adolescence. *Public Health Nutr.* 2013;16(5):883-893. doi:10.1017/S1368980012003539
242. Birch LL, Anzman SL. Learning to Eat in an Obesogenic Environment: A Developmental Systems Perspective on Childhood Obesity: Learning to Eat. *Child Dev Perspect.* 2010;4(2):138-143. doi:10.1111/j.1750-8606.2010.00132.x
243. Flores G, Tomany-Korman SC, Olson L. Does Disadvantage Start at Home?: Racial and Ethnic Disparities in Health-Related Early Childhood Home Routines and Safety Practices. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(2). doi:10.1001/archpedi.159.2.158
244. Wardle J, Robb KA, Johnson F, et al. Socioeconomic Variation in Attitudes to Eating and Weight in Female Adolescents. *Health Psychol.* 2004;23(3):275-282. doi:10.1037/0278-6133.23.3.275
245. Layte R, Whelan CT. Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *Eur Sociol Rev.* 2009;25(4):399-410. doi:10.1093/esr/jcn022
246. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J Public Health.* 2008;98(2):216-221. doi:10.2105/AJPH.2007.114777
247. Mongeau L. *Un nouveau paradigme pour réduire les problèmes reliés au poids : l'exemple*

- de Choisir de maigrir ?* PhD Thesis. 2005.
248. Guthman J, DuPuis M. Embodying Neoliberalism: Economy, Culture, and the Politics of Fat. *Environ Plan Soc Space*. 2006;24(3):427-448. doi:10.1068/d3904
249. LeBesco K. Neoliberalism, public health, and the moral perils of fatness. *Crit Public Health*. 2011;21(2):153-164. doi:10.1080/09581596.2010.529422
250. Bombak A, Monaghan LF, Rich E. Dietary approaches to weight-loss, Health At Every Size® and beyond: rethinking the war on obesity. *Soc Theory Health*. 2019;17(1):89-108. doi:10.1057/s41285-018-0070-9
251. Bombak AE. The “Obesity Epidemic”: Evolving Science, Unchanging Etiology: Unchanging Etiology of Obesity Discourse. *Sociol Compass*. 2014;8(5):509-524. doi:10.1111/soc4.12153
252. Lawrence RG. Framing Obesity: The Evolution of News Discourse on a Public Health Issue. *Harv Int J Press*. 2004;9(3):56-75. doi:10.1177/1081180X04266581
253. Monaghan LF, Hollands R, Prtichard G. Obesity Epidemic Entrepreneurs: Types, Practices and Interests. *Body Soc*. 2010;16(2):37-71. doi:10.1177/1357034X10364769
254. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *Int J Health Serv*. 1980;10(3):365-388. doi:10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY
255. Lupton D. *Fat*. Routledge; 2018.
256. Gibson G. Health(ism) at every size: The duties of the “good fatty.” *Fat Stud*. 2022;11(1):22-35. doi:10.1080/21604851.2021.1906526

257. Murray S. *The "Fat" Female Body*. Springer; 2008.
258. Brady J, Gingras J, Aphramor L. Theorizing health at every size as a relational–cultural endeavour. *Crit Public Health*. 2013;23(3):345-355. doi:10.1080/09581596.2013.797565
259. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*. 2013;60:13-19. doi:10.1016/j.appet.2012.09.029
260. Crawford R. Health as a meaningful social practice. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med*. 2006;10(4):401-420. doi:10.1177/1363459306067310
261. Welsh TL. Healthism and the Bodies of Women: Pleasure and Discipline in the War against Obesity. *J Fem Scholarsh*. 2011;1(1):33-48.
262. Williams O, Annandale E. Obesity, stigma and reflexive embodiment: *Feeling* the ‘weight’ of expectation. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med*. 2020;24(4):421-441. doi:10.1177/1363459318812007
263. Alliot O, Ryan M, Fairbrother H, Sluijs E. Do adolescents’ experiences of the barriers to and facilitators of physical activity differ by socioeconomic position? A systematic review of qualitative evidence. *Obes Rev*. 2022;23(3). doi:10.1111/obr.13374
264. Rees-Punia E, Hathaway ED, Gay JL. Crime, perceived safety, and physical activity: A meta-analysis. *Prev Med*. 2018;111:307-313. doi:10.1016/j.ypmed.2017.11.017
265. Murray S. Doing Politics or Selling Out? Living the Fat Body. *Womens Stud*. 2005;34(3-4):265-277. doi:10.1080/00497870590964165

266. Donaghue N, Clemitshaw A. 'I'm totally smart and a feminist...and yet I want to be a waif': Exploring ambivalence towards the thin ideal within the fat acceptance movement. *Womens Stud Int Forum*. 2012;35(6):415-425. doi:10.1016/j.wsif.2012.07.005
267. Vares T, Jackson S, Gill R. Preteen girls read "tween" popular culture: Diversity, complexity and contradiction. *Int J Media Cult Polit*. 2011;7(2):139-154. doi:10.1386/macp.7.2.139_1
268. Gauvreau L. Des barrières mentales à surmonter. La Presse+. Published August 25, 2019. Accessed April 8, 2022. https://plus.lapresse.ca/screens/2c83288d-1c1f-47df-9723-2c4d8e8c0ac4__7C__0.html
269. Martineau R. Je garde ma bedaine ou pas? Le Journal de Montréal. Accessed April 8, 2022. <https://www.journaldemontreal.com/2018/11/15/je-garde-ma-bedaine-ou-pas>
270. Durocher S. Miroir, qui est la plus belle? Le Journal de Montréal. Accessed April 8, 2022. <https://www.journaldemontreal.com/2017/06/30/miroir-qui-est-la-plus-belle>
271. Pluckrose H. Weight loss isn't genocide: Fat Activism risks lives. The Critic Magazine. Published November 28, 2019. Accessed April 8, 2022. <https://thecritic.co.uk/issues/december-2019/big-fat-lies/>
272. Aphramor L. Validity of claims made in weight management research: a narrative review of dietetic articles. *Nutr J*. 2010;9(1):30. doi:10.1186/1475-2891-9-30
273. Gard M, Wright J. *The Obesity Epidemic: Science, Morality, and Ideology*. Psychology Press; 2005.

274. LeBesco K. *Revolting Bodies?: The Struggle to Redefine Fat Identity*. University of Massachusetts Press; 2004.
275. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;179(3):236-242. doi:10.1192/bjp.179.3.236
276. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, et al. Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(5):936-940. doi:10.1037/0022-006X.64.5.936
277. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:385-394. doi:10.2147/NDT.S61665
278. Herbert JD, Forman EM. Mindfulness and Acceptance Techniques. In: Hofmann SG, ed. *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013:1-26. doi:10.1002/9781118528563.wbcbt07
279. Levin ME, Luoma JB, Haeger JA. Decoupling as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance: A Literature Review. *Behav Modif*. 2015;39(6):870-911. doi:10.1177/0145445515603707
280. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*. 2016;102:3-14. doi:10.1016/j.appet.2016.01.034
281. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav*. 2007;91(4):449-458. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
282. Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Processes of change in quality of life, weight self-

- stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *J Health Psychol.* 2019;24(8):1056-1069. doi:10.1177/1359105316686668
283. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite.* 2017;112:107-116. doi:10.1016/j.appet.2017.01.027
284. Forman EM, Butryn ML, Juarascio AS, et al. The mind your health project: A randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity: Innovative Behavioral Treatment for Obesity. *Obesity.* 2013;21(6):1119-1126. doi:10.1002/oby.20169
285. Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Bradley LE. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Curr Opin Psychol.* 2015;2:87-90. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.020
286. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review: Mindfulness interventions for eating behaviours. *Obes Rev.* 2014;15(6):453-461. doi:10.1111/obr.12156
287. Carbonneau E, Bégin C, Lemieux S, et al. A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clin Nutr.* 2016;0(0). doi:10.1016/j.clnu.2016.06.008
288. Bégin C, Carbonneau E, Gagnon-Girouard MP, et al. Eating-Related and Psychological Outcomes of Health at Every Size Intervention in Health and Social Services Centers

- Across the Province of Québec. *Am J Health Promot.* 2019;33(2):248-258.
doi:10.1177/0890117118786326
289. Barker KK. Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment. *Soc Sci Med.* 2014;106:168-176. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.024
290. Reveley J. Neoliberal meditations: How mindfulness training medicalizes education and responsabilizes young people. *Policy Futur Educ.* 2016;14(4):497-511.
doi:10.1177/1478210316637972
291. Lee S. Réduisez votre risque. Société canadienne du cancer. Accessed June 22, 2022.
<https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk>
292. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Can Med Assoc J.* 2020;192(31):E875-E891. doi:10.1503/cmaj.191707
293. ÉquiLibre: pour une image corporelle positive. ÉquiLibre. Accessed May 10, 2022.
<https://equilibre.ca/>
294. Monaghan LF. Re-framing weight-related stigma: From spoiled identity to macro-social structures. *Soc Theory Health.* 2017;15(2):182-205. doi:10.1057/s41285-016-0022-1
295. Rich E, Evans J. 'Fat Ethics' – The Obesity Discourse and Body Politics. *Soc Theory Health.* 2005;3(4):341-358. doi:10.1057/palgrave.sth.8700057
296. Butler J. *Gender Trouble.* 0 ed. Routledge; 2002. doi:10.4324/9780203902752
297. Greenberg BS, Eastin M, Hofschire L, Lachlan K, Brownell KD. Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television. *Am J Public Health.* 2003;93(8):1342-

- 1348.
298. Klein H, Shiffman KS. Thin is “in” and stout is “out”: What animated cartoons tell viewers about body weight. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2005;10(2):107-116. doi:10.1007/BF03327532
299. Himes SM, Thompson JK. Fat stigmatization in television shows and movies: a content analysis. *Obes Silver Spring Md.* 2007;15(3):712-718. doi:10.1038/oby.2007.635
300. Levy-Navarro E. I’m the New Me: Compelled Confession in Diet Discourse. *J Pop Cult.* 2012;45(2):340-356. doi:10.1111/j.1540-5931.2012.00928.x
301. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int J Eat Disord.* 2002;31(1):1-16. doi:10.1002/eat.10005
302. de Freitas C, Jordan H, Hughes EK. Body image diversity in the media: A content analysis of women’s fashion magazines. *Health Promot J Austr.* 2018;29(3):251-256. doi:10.1002/hpja.21
303. Latzer Y, Adatto R, Neumark-Sztainer D. Addressing eating disorders through legislation: The Israeli ‘Models’ Law’—process, enactment, and dilemmas. *Dialogues Health.* 2022;1:100001. doi:10.1016/j.dialog.2022.100001
304. Tiggemann M, Slater A, Bury B, Hawkins K, Firth B. Disclaimer labels on fashion magazine advertisements: Effects on social comparison and body dissatisfaction. *Body Image.* 2013;10(1):45-53. doi:10.1016/j.bodyim.2012.08.001

305. Tiggemann M, Brown Z, Zaccardo M, Thomas N. “Warning: This image has been digitally altered”: The effect of disclaimer labels added to fashion magazine shoots on women’s body dissatisfaction. *Body Image*. 2017;21:107-113. doi:10.1016/j.bodyim.2017.04.001
306. Giorgianni F, Danthinne E, Rodgers RF. Consumer warning versus systemic change: The effects of including disclaimer labels on images that have or have not been digitally modified on body image. *Body Image*. 2020;34:249-258. doi:10.1016/j.bodyim.2020.07.007
307. Danthinne ES, Giorgianni FE, Rodgers RF. Labels to prevent the detrimental effects of media on body image: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2020;53(5):647-661. doi:10.1002/eat.23242
308. Tiggemann M. Digital modification and body image on social media: Disclaimer labels, captions, hashtags, and comments. *Body Image*. 2022;41:172-180. doi:10.1016/j.bodyim.2022.02.012
309. Halliwell E, Dittmar H. Does Size Matter? The Impact of Model’s Body Size on Women’s Body-Focused Anxiety and Advertising Effectiveness. *J Soc Clin Psychol*. 2004;23(1):104-122. doi:10.1521/jscp.23.1.104.26989
310. Kim SH, Willis LA. Talking about obesity: news framing of who is responsible for causing and fixing the problem. *J Health Commun*. 2007;12(4):359-376. doi:10.1080/10810730701326051
311. Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity Stigma in Online News: A Visual Content Analysis. *J Health Commun*. 2011;16(9):976-987. doi:10.1080/10810730.2011.561915

312. Hinman NG, Burmeister JM, Kiefner AE, Borushok J, Carels RA. Stereotypical portrayals of obesity and the expression of implicit weight bias. *Body Image*. 2015;12:32-35. doi:10.1016/j.bodyim.2014.09.002
313. Groven KS, Råheim M, Engelsrud G. “My quality of life is worse compared to my earlier life”: Living with chronic problems after weight loss surgery. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2010;5(4):5553. doi:10.3402/qhw.v5i4.5553
314. Throsby K. Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the ‘New Me’. *Body Soc*. 2008;14(1):117-133. doi:10.1177/1357034X07087534
315. Provencher V, Bégin C, Tremblay A, et al. Health-At-Every-Size and Eating Behaviors: 1-Year Follow-Up Results of a Size Acceptance Intervention. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(11):1854-1861. doi:10.1016/j.jada.2009.08.017
316. Marsolais, P. Le poids des mots: Matthieu Pepper, Félix-Antoine Tremblay et Karl Hardy. Véronique Cloutier. Published September 29, 2021. Accessed May 13, 2022. <https://veroniquecloutier.com/osser-etre-soi/le-poids-des-mots>
317. ICI.Radio-Canada.ca ZA. J’t’aime gros , une série documentaire sur l’acceptation de soi. Radio-Canada.ca. Accessed May 13, 2022. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1840019/jtaime-gros-serie-documentaire-grossophobie-christine-morency-melissa-bedard>
318. ICI.Radio-Canada.ca. À plat ventre : la culture des diètes avec Loounie. Accessed May 13, 2022. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/balados/9394/plat-ventre-loounie-culture-dietes/a-propos>

ANNEXES

ANNEXE A – FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Articulation et contextualisation du processus de transition vers l'alimentation intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes
Chercheur responsable du projet de recherche :	Elyse Durocher École des sciences interdisciplinaires de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa Courriel : Téléphone :
Membre du personnel de recherche :	Amélie Perron (Superviseure principale) École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa Courriel : Téléphone : Dave Holmes (Cosuperviseur) Sue and Bill Gross School of Nursing, University of California Courriel : Téléphone :

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche puisque vous avez adopté différentes stratégies pour perdre du poids par le passé. Ce formulaire décrit les modalités de participation à ce projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions nécessaires pour bien comprendre la nature de votre participation.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de ce projet est de comprendre les trajectoires liées aux pratiques amaigrissantes et le processus d'acceptation de soi. À cette fin, nous souhaitons recruter vingt à trente participants âgés de 20 ans ou plus, ayant un IMC supérieur à 25 kg/m² et ayant suivi plusieurs diètes amaigrissantes ou stratégies restrictives (à quatre reprises ou plus) dans le but de perdre du poids.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

La participation consistera essentiellement à prendre part à un entretien d'une durée approximative de 90 minutes et à répondre à un court questionnaire sociodémographique. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré. L'entretien pourra se dérouler selon votre convenance via Skype, WhatsApp ou par téléphone).

613 562-5473
613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

RISQUES, INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, il existe un risque que la participation à ce projet crée des inconforts émotionnels en raison du thème de la recherche. Vous aurez, en tout temps, la possibilité de refuser de répondre à une question, de prendre une pause ou de mettre fin à l'entretien. Des ressources vous seront proposées afin que vous puissiez obtenir du support si vous en sentez le besoin.

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la promotion de la santé et des saines habitudes de vie.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Si vous vous retirez du projet, les données vous concernant (formulaires et enregistrements audio) pourront être détruites à votre demande sans que vous n'ayez à fournir de justification et sans que cela ne soit communiqué à vos cliniciens (vous pourrez en faire la demande au chercheur principal en tout temps). Si vous vous retirez du projet de recherche avant l'analyse des données, vos données seront détruites et ne seront pas utilisées dans aucun projet de recherche (vous pourrez en faire la demande au chercheur principal dans le mois suivant l'entretien). En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable, ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, des renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs de ce projet seront recueillis dans un dossier de recherche. Votre dossier de recherche pourrait comprendre certaines informations en lien avec vos pratiques et perceptions passées et actuelles sur le contrôle du poids et votre situation socioéconomique.

Tous les renseignements recueillis au cours de votre participation à ce projet de recherche seront rendus anonymes par l'utilisation d'un code et demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le chercheur responsable du projet à ses collaborateurs. Le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Elles pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

☎ 613 562-5473
📠 613 562-5443

451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca



uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé

École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences

School of Nursing

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec ses superviseurs aux coordonnées indiquées au début de ce formulaire.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique en appelant au (613) 562-5387 ou en écrivant à

CONSENTEMENT

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant

Signature

Date :

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement

Signature

Date :

ANNEXE B – AFFICHE DE RECRUTEMENT

PARCOURS - DIÈTES ET ACCEPTATION DE SOI



POUR QUI ?

Vous avez longtemps essayé de perdre du poids?
Vous avez cessé de suivre des régimes et tentez d'avoir une relation plus positive avec votre corps et vos pratiques alimentaires?

Avez plus de 20 ans?

Avez un IMC au-dessus de 30 kg/m² ?

Êtes résident.e du Canada ?

Votre expérience pourrait contribuer à l'avancement des connaissances sur les pratiques alimentaires !

QUOI ?

Vous êtes invité.e.s à participer à une recherche doctorale sur les stratégies de gestion du poids chez des hommes et des femmes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes et qui tentent maintenant de s'accepter tel qu'ils et elles sont.

PAR QUI ?

Chercheure principale :

Elyse Durocher, École des sciences interdisciplinaires de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Superviseurs de recherche:

Amélie Perron, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Dave Holmes, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

PARTICIPATION

Votre participation à ce projet consiste en un entretien de 45 à 60 minutes sur l'évolution de vos stratégies de gestion du poids et d'acceptation de votre corps. L'entretien (en français ou en anglais) se fera au téléphone ou par la plateforme de votre choix.

CONFIDENTIALITÉ

Votre participation et les informations personnelles vous concernant demeureront confidentielles et seront disponibles seulement à l'équipe de recherche. La communication des résultats de la recherche ne comportera pas d'information permettant de vous identifier.

QUESTION OU PLAINTE CONCERNANT L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité en appelant au (613) 562-5387 ou en écrivant à ethics@uottawa.ca. Le numéro de référence du projet est le H-06-19-4198.

CRITÈRES POUR PARTICIPER AU PROJET

Les participants à ce projet doivent être âgés de plus de 20 ans, avoir un IMC au-dessus de 30kg/m² et avoir suivi plusieurs diètes amaigrissantes ou s'être imposé régulièrement des restrictions alimentaires dans le but de perdre du poids par le passé.

RISQUES OU INCONVÉNIENTS

Étant donné le sujet de la recherche, il est possible que vous ressentiez un inconfort émotionnel au cours de l'entretien. Vous aurez, en tout temps, la possibilité de refuser de répondre à une question, de prendre une pause ou de mettre fin à l'entretien. Des ressources vous seront proposées si vous sentez le besoin d'obtenir du support.

POUR PARTICIPER OU POUR PLUS D'INFORMATION

Pour discuter de votre participation au projet de recherche, obtenir plus de renseignements ou pour toute question concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec Elyse Durocher, chercheuse principale par courriel elyse.durocher@uottawa.ca ou par téléphone (613) 562-5387.

Elyse Durocher
Chercheuse principale

ANNEXE C – GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

GUIDE D'ENTRETIEN

Lors de l'entretien, l'évolution des pratiques et du rapport au corps sera discutée de façon chronologique. À chacune des étapes, le contexte social pourra être discuté. Ce guide d'entretien constitue un aide-mémoire des thèmes à aborder. La consigne de départ sera donnée au participant et sous forme de conversation l'intervieweuse relancera le participant au sujet des thèmes ci-dessous au besoin.

Consigne de départ

Je propose que nous regardions l'ensemble des pratiques de perte de poids que vous avez adoptées par le passé. Si l'on débute de façon chronologique, vers quel âge ou à quel moment considérez-vous avoir commencé à porter attention à votre poids ?

Thèmes à aborder

(1) Trajectoires face aux stratégies de perte de poids (et pratiques actuelles)

- Quelles méthodes de perte de poids avez-vous essayées ?
 - Comment avez-vous entendu parler de ces méthodes ?
 - Pourquoi avez choisi cette méthode ? (ou qu'est-ce qui vous a mener à les adopter ?)
 - Quels ont été les résultats ?
 - Quelles ont été vos appréciations ? (satisfaction)
 - Dans quel contexte cela a-t-il eu lieu/environnement (seul, avec des proches, groupe, avec un professionnel/coach/thérapeute) ?
- Comment avez-vous vécu la perte de poids/la reprise du poids ? (ex. fierté/culpabilité)
 - Comment croyez-vous que cela a été perçu par votre entourage ?
- Quelles étaient les raisons de vos réussites/abandons ?
 - Quelles sont les barrières/difficultés et les facteurs facilitants ? (explorer soutien social, trajectoire de vie)

- Pourquoi avoir continué ces pratiques si cela ne fonctionnait pas ?
- Pensez-vous que les diètes sont efficaces pour perdre du poids ?
 - À court terme ? À moyen terme ? Sont-elles efficaces pour améliorer la santé ?
- Quelle est votre attitude actuelle face aux stratégies de perte de poids et aux restrictions alimentaires ?
- Quel a été le déclencheur pour cesser de pratiquer des diètes amaigrissantes? (si applicable)
 - Quels ont été les éléments facilitants, les difficultés ?
 - Vous êtes-vous senti soutenu dans cette démarche (famille, amis, professionnels de la santé, programme, forum etc.) ?
- Vous sentez-vous capables de poursuivre votre approche actuelle à long terme ? Pourquoi ?
- Êtes-vous encore parfois tenté par l'adoption de pratiques restrictives ?
 - Vous arrive-t-il de ressentir de la culpabilité en mangeant ?

(2) Trajectoire des attitudes face au poids et à la santé (apparence/santé)

- Quelle perception avez-vous de votre corps ? Quelle importance accordez-vous à votre poids ? Que représente la perte de poids pour vous ? (apparence/santé) Quels sont les moments où vous étiez le plus et le moins préoccupé/compléxé (ou satisfait) par votre poids ? Comment cela a-t-il changé au fil des années ? Comment pensez-vous que cela pourrait changer au cours des prochaines années ?
- Avez-vous un objectif de poids ? (si oui, poids de rêve/poids satisfaisant ?)
- Pensez-vous qu'il est possible d'être en santé en étant en surpoids ?
- Quelle importance les gens autour de vous accordent-ils à leur poids ?
- Quelle importance accordez-vous au poids des gens qui vous entourent ?
- Quelle importance pensez-vous que les gens autour de vous accordent-ils à votre poids ? (famille, amis, collègue, professionnels de la santé)
- Où vous informez-vous au sujet de la perte de poids ? De la santé ? De saines habitudes de vie ?

(3) Historique du statut pondéral

- Si vous me permettez, j'aimerais connaître un peu l'historique de votre poids (moment clé : historique enfance, début de l'âge adulte, grossesse, ménopause, changement d'emploi/retraite, maladie, changement de rx, diète) ?
- Quelle est votre grandeur ?

(4) Trajectoire des conditions d'existence

- Milieu, emploi, situation familiale (SSE enfance)
- Ressources matérielles et humaines relatives aux HDV (budget pour la nourriture, accès physique aux aliments, accès à des infrastructures sportives, à des professionnels de la santé ou des PSMA).

(5) Trajectoire de l'état de santé

- Dresser un portrait des trajectoires en termes de santé (ATCD, rx, cx), de consommation médicale et d'habitudes de vie

ANNEXE D – FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Identification

Numéro
d'identification : _____

Date de
l'entretien : _____

Lieu de l'entretien : _____

Durée de
l'entretien : _____

Caractéristiques sociodémographiques

Âge : _____

Sexe : _____

Lieu de résidence : _____

Lieu de naissance : _____

Scolarité : _____

Composition du
ménage : _____

Occupation : _____

Revenu annuel : Moins de 20 000 \$

Entre 20 000 et 29 999\$

Entre 30 000 et 39 999\$

Entre 40 000 et 49 999\$

Entre 50 000 et 70 000\$

Plus de 70 000\$

ANNEXE D – APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-06-19-4198
Titre du projet / Project Title	Articulation et contextualisation du processus de transition vers l'alimentation intuitive chez les personnes qui ont suivi plusieurs diètes amaigrissantes
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Renouvelé / Renewed
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	04/06/2020
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	07/06/2021

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Elyse DUROCHER	École interdisciplinaire des sciences de la santé / Interdisciplinary School of Health Sciences	Chercheur Principal / Principal Investigator
Amélie PERRON	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor
Dave HOLMES	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-superviseur / Co-supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Marc Alain BONENFANT
 Coordonnateur de l'éthique / Ethics Coordinator
 Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé**
sciences / Health Sciences and Sciences Research Ethics Board

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics