

**Repenser l'anorexie à travers un dialogue entre théories féministes critiques et savoir
expérientiel des usager.e.s de soins**

Camille Cottais

Une thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de
M.A en études féministes et de genre

Institut d'études féministes et de genre
Faculté des Sciences Sociales
Université d'Ottawa

© Camille Cottais, Ottawa, Canada, 2025

Table des matières

Abréviations.....	iii
Résumé.....	iv
Remerciements.....	v
Introduction.....	vi
Chapitre 1 : Revue de littérature.....	1
Les lacunes du paradigme biomédical.....	1
De la fin des années 70 au début des années 90 : une littérature féministe d'influence psychanalytique.....	5
Années 90 : paradigme féministe post-structuraliste.....	9
Années 90 et 2000 : sociologie du corps et de l'anorexie.....	14
2000 et plus : les travaux contemporains.....	21
Question de recherche.....	25
Chapitre 2 : Concepts et méthode.....	27
Cadre théorique.....	27
Méthodologie.....	36
Stratégie de collecte des données.....	36
Stratégie d'analyse des données.....	39
Limites de la méthode.....	42
Déclaration de positionnalité.....	44
Chapitre 3 : Se nommer, se reconnaître.....	47
3.1 La reconnaissance comme enjeu politique.....	47
3.2 Des corps « illisibles ».....	53
3.3 Nommer pour exister : entre identité et diagnostic.....	60
3.4 TCA et handicap : vers une autre lecture de l'incapacité.....	67
Chapitre 4 : Le soin en tension : violences institutionnelles et voix résistantes.....	74
4.1 Quand le soin blesse.....	74
4.2 Savoirs experts contre savoirs situés.....	83
Chapitre 5 : Repenser la « guérison ».....	92
5.1 Cohabiter avec le trouble.....	92
5.2 Politiser le trouble.....	102
5.3 Vers une épistémologie féministe et crip de l'anorexie.....	106
Conclusion.....	113
Annexes.....	118
Bibliographie.....	121

Abréviations

TCA	Troubles du comportement alimentaire
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ED	<i>Eating disorder(s)</i>
CDS	<i>Critical disability studies</i>
IMC	Indice de masse corporelle

Résumé

Cette thèse propose une perspective critique sur le traitement de l'anorexie, grâce à un dialogue entre personnes concernées et théories féministes critiques. Elle remet en question le paradigme biomédical, qui individualise et pathologise le trouble, ignorant les rapports de pouvoir et les violences institutionnelles qui le traversent. Fondée sur sept entretiens semi-directifs avec des femmes et personnes non-binaires au Canada et en Suisse ayant un vécu du trouble, la recherche montre comment les personnes concernées reconfigurent le soin et la « guérison ». Les analyses révèlent la stigmatisation des corps « illisibles » comme anorexiques, la violence des pratiques institutionnelles, tout en explorant des stratégies de résistance et des formes de soutien alternatives. En somme, la thèse propose une politisation de l'anorexie, l'envisageant comme un lieu de résistance et de savoirs situés.

Mots-clés : anorexie, troubles alimentaires, féminisme, handicap, traitement, intersectionnalité, reconnaissance, violences, hôpital, psychiatrie.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers mon directeur de thèse, Michael Orsini, pour son accompagnement attentif et bienveillant dans la réalisation de ce travail. Je remercie également les membres de mon comité de thèse, Dalie Giroux et Audrey Rousseau, pour leurs retours précieux qui ont enrichi ma réflexion, ainsi que mes ami.e.s Florence Letarte, Émilie Bernier, Ismail Bekkali, Stella Chayer Demers, Laly Delaune et Jessica Malutama pour leur relecture attentive de certaines parties de ce travail.

Je remercie chaleureusement les sept participant.e.s de cette recherche, qui ont accepté de partager bénévolement avec moi leurs réflexions sur un sujet intime et sensible. Leurs récits et leurs savoirs ont constitué le cœur de ce travail, et je leur suis profondément redevable pour la confiance qu’iels m’ont accordée.

Enfin, merci au Bureau d’éthique et d’intégrité de la recherche de l’Université d’Ottawa, pour l’approbation de ce projet en date du 11 octobre 2024, et pour son soutien au respect des principes éthiques dans le cadre de cette étude.

Introduction

« *Feminism allows us to hear with different ears the stories of women who suffer with anorexia* » (Orbach, 1986, p.9).

Entendre autrement les récits de l'anorexie est précisément ce que pourrait proposer une approche féministe critique de ce trouble. En 1978, Susie Orbach publie son ouvrage fondateur *Fat is a feminist issue*. Et en effet, le poids, loin d'être une question individuelle ou apolitique, est un enjeu féministe : dans les sociétés post-industrielles du Nord global, les contrôles alimentaires et corporels font partie intégrante de la socialisation féminine. Les personnes socialisées comme femmes apprennent à avoir honte de manger, à considérer la nourriture comme bonne ou mauvaise, et surtout à ne jamais être satisfaites avec leur apparence. Il faudrait, toute sa vie durant, contrôler son corps, en cherchant à perdre du poids ou à éviter d'en prendre. En France, les femmes de 25 à 49 ans ont fait quatre régimes en moyenne, sept pour celles de 50 à 65 ans (Ipsos, 2015). Pourtant, le taux d'échec des régimes est de 95 %, et ces derniers créent des problèmes de santé physiques et psychologiques sur le long terme.

Dans ce contexte, les comportements alimentaires restrictifs apparaissent comme des réponses, sinon logiques, du moins compréhensibles face à une société obsédée par la minceur. Lorsqu'ils franchissent le seuil du tolérable social, ces comportements sont pourtant étiquetés comme pathologiques. Selon le DSM-5, principal outil de diagnostic et de classification psychiatrique, l'anorexie mentale est un TCA caractérisé par une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, un poids corporel « significativement bas » (p.440), une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.se, et une image corporelle déformée. Lorsqu'un.e patient.e correspond aux critères de diagnostic, excepté celui du sous-poids, le terme d'anorexie mentale « atypique » est utilisé (American Psychiatric Association, 2015).

Or, ces critères s'appliquent à une population très féminisée : neuf personnes anorexiques sur dix au Canada seraient des femmes (Statistique Canada, 2015). Ce déséquilibre statistique rappelle à quel point les troubles alimentaires, loin d'être neutres, s'ancrent dans des normes de genre. Pourtant, les définitions du DSM, en centrant l'évaluation sur des critères mesurables, supposent que le trouble peut être objectivé, saisi à travers des signes cliniques stables et indépendants du contexte. Cela laisse peu de place aux vécus ne correspondant pas aux marqueurs attendus, et plus largement à la subjectivité et l'ambivalence qui traversent les trajectoires anorexiques. Dans les faits, cette approche standardisée montre ses limites : on estime que seul.e.s 30 à 40 % des personnes anorexiques ou boulimiques parviennent à une « guérison » complète, tandis que 30 % connaissent une rémission partielle, 20 à 30 % évoluent vers une forme chronique, et 10 % décèdent (Cottin, 2020), montrant une certaine urgence à se saisir du sujet par des approches innovantes.

Si les TCA sont aujourd'hui reconnus comme des phénomènes partiellement sociaux, et non uniquement médicaux, il existe un déséquilibre, puisque les aspects sociaux sont relégués à des facteurs de moindre importance dans les structures de traitement et dans la littérature médicale. Les inégalités restent largement inquestionnées dans la façon dont elles peuvent influencer la création et le maintien de TCA. En outre, les réponses politiques aux troubles alimentaires sont essentiellement répressives, comme l'interdiction des sites dits « pro-ana¹ », l'ajout de la mention « photos retouchées » sur les photos publicitaires, ou l'exigence d'un certificat médical pour les mannequins. Des mesures centrées sur la surveillance des corps individuels, qui évitent d'aborder le sexisme, la grossophobie, les violences sexuelles, ou encore le racisme et le classisme. Quant aux représentations du trouble,

¹ Le mouvement dit « pro-ana » peut être défini comme un mouvement en ligne de glorification et de « promotion » de l'anorexie. Les sites « pro ana », particulièrement populaire au début des années 2000, partageaient par exemple des conseils de la perte de poids ou des photos de personnes très minces (« *thinspirations* »). Certain.e.s chercheur.se.s, comme Casilli et Tubaro (2016) ont néanmoins montré qu'il pouvait aussi s'agir de plateforme de socialisation et de soutien entre personnes concernées.

malgré une diversification des populations atteintes, la figure traditionnelle de l'anorexique reste celle d'une adolescente blanche, hétérosexuelle, cisgenre, de classe aisée et excessivement préoccupée par son apparence, très peu d'autres représentations culturelles ou médiatiques étant offertes (Webber & al., 2025), produisant un effet d'invisibilisation et de disqualification pour toutes les personnes qui ne s'y reconnaissent pas.

Ce travail vise à combler un vide dans la littérature scientifique francophone, encore pauvre en analyses féministes des troubles alimentaires. Si les études féministes ont abondamment étudié les violences sexuelles, le contrôle reproductif ou l'objectivation des corps, elles se sont rarement intéressées, en français, aux troubles alimentaires ou à la grossophobie comme systèmes d'oppression à part entière. Une des raisons possibles réside dans la séparation persistante entre sciences sociales et sciences médicales : aux unes le soin des structures, aux autres celui des individus. Face à cette division qui cloisonne les savoirs, cette recherche s'inscrit dans une démarche de décentrement disciplinaire, mobilisant les outils des sciences sociales pour interroger un phénomène considéré comme relevant de l'expertise médicale. En choisissant d'analyser l'anorexie à partir des vécus incarnés, elle refuse de traiter les troubles alimentaires comme des dysfonctionnements individuels, et les envisage plutôt comme des expériences situées, traversées par des rapports de pouvoir. Ce positionnement permet également de questionner la manière dont la parole des concerné.e.s peut être disqualifiée, dans les soins, mais aussi dans la production même du savoir.

En tant que recherche féministe, ce projet de recherche vise le changement social, soit l'amélioration des structures de traitement actuelles, souvent normatives et aveugles aux rapports sociaux qui traversent la souffrance. Il ne s'agit pas de rejeter la médecine, mais d'ouvrir un espace où les savoirs « profanes », incarnés, éclairent autrement ce qui est appelé trouble. Aujourd'hui, les structures de traitement des TCA utilisent principalement les approches cognitivo-comportementales pour convaincre la personne considérée « malade » de

recommencer à s'alimenter normalement et d'accorder moins d'importance au poids et à l'apparence physique. Le traitement est individualisé et les causes socioculturelles rarement prises en cause. Paradoxalement, il s'agit donc de convaincre les patient.e.s qu'il est problématique et pathologique de chercher à perdre du poids et d'être insatisfait.e.s avec leur apparence, alors même que ces idéaux sont continuellement valorisés pour les personnes socialisées comme femmes. L'approche féministe critique proposée par cette recherche permet de sortir de cette contradiction, en repensant le soin non comme une correction de la déviance, mais comme un espace de solidarité, de compréhension et de réappropriation. En mobilisant les apports des *disability studies*, des *fat studies*, des épistémologies situées et des *mad studies*, cette recherche pose une série de questions : quels corps, quels récits, quelles souffrances sont jugés dignes de soin ? Comment les personnes concernées se racontent-elles elles-mêmes ? Quels savoirs produisent-elles sur leur trouble, leur rapport au corps, à la « guérison » et au soin ? Cette thèse s'inscrit également dans un geste de « cripper » l'anorexie, c'est-à-dire de la penser à partir d'une perspective crip qui défait les évidences, rend visibles les normes capacitistes qui façonnent les définitions médicales et sociales du trouble et ouvre la possibilité d'autres manières de vivre avec l'anorexie.

Cette thèse sera structurée comme suit. La revue de littérature est présentée dans le premier chapitre. Puis, le cadre théorique et méthodologique de la recherche est détaillé. Finalement, les chapitres 3 à 5 sont consacrés à la présentation et l'analyse des résultats.

Chapitre 1 : Revue de littérature

La question posée pour aborder la littérature existante sur ce sujet est la suivante : Quels sont les liens entre genre et anorexie selon une perspective féministe ? Cette revue de littérature se veut une synthèse, à partir d'environ vingt textes, des tendances générales et des lacunes observées dans la littérature féministe sur les liens entre genre et anorexie. Cette synthèse est organisée selon une typologie relativement chronologique de ces textes depuis la fin des années 1970 (publication des premiers textes féministes sur l'anorexie) jusqu'à aujourd'hui. Précisons que cette typologie est nécessairement imparfaite, car plusieurs textes ne s'inscrivent pas parfaitement dans un courant théorique ou appartiennent à plusieurs à la fois. L'approche chronologique me semble néanmoins pertinente pour réaliser un état des lieux du sujet au sein de la théorie féministe et ainsi ancrer ma recherche à partir des critiques des approches l'ayant précédé.

Les lacunes du paradigme biomédical

Il est possible de distinguer deux approches opposées de l'anorexie : le modèle biomédical, et le modèle socio-culturel, parmi lequel se trouvent les perspectives féministes. Les textes étudiés ont en commun leur inscription dans le second paradigme, c'est-à-dire qu'ils considèrent l'anorexie comme un phénomène ne pouvant être séparé du contexte social et culturel dans lequel il s'inscrit. Les approches féministes des troubles alimentaires ont en effet pour caractéristique principale de souligner le rôle des oppressions de genre, des rapports de pouvoir et des constructions culturelles de la féminité dans la création et le maintien de TCA. Elles montrent que le corps est politique et social, et qu'il est impossible de comprendre les TCA sans étudier le rapport des femmes à leur corps et aux normes de beauté, mais aussi la façon d'occuper l'espace, la diabolisation de la grosseur, ou encore les attentes genrées autour de l'appétit, la sexualité ou l'expression des émotions (Holmes *et al.*, 2017).

Au contraire, les explications médicales de l'anorexie considèrent celle-ci comme relevant de la pathologie individuelle et devant être traitée par des solutions médicales, plutôt que comme un enjeu social ou politique (Katzman & Lee, 1997). Le paradigme biomédical s'inscrit ainsi dans un discours néolibéral qui associe la santé, le poids et le comportement alimentaire à des responsabilités individuelles, en invisibilisant les dimensions structurelles de la souffrance. Par conséquent, l'anorexie est réduite à la perte de poids et les personnes anorexiques sont discréditées comme des individus « malades mentalement » donc irrationnelles. Le paradigme biomédical, qui correspond à la vision hégémonique de l'anorexie, est ainsi critiqué par les approches féministes comme individualisant, réductionniste et pathologisant (Székely, 1989), en ce qu'il perçoit l'anorexie comme naturelle et l'individu considéré malade comme « [having] character flaws that need reparation, for example the person is emotionally unbalanced, needy, a perfectionist, desires control or has cognitive distortions » (Holmes *et al.*, 2017, p.9). Plusieurs autrices (Saukko, 2008 ; Székely, 1989) soulignent que les discours psychiatriques de traitement des TCA consolident finalement les mêmes idéaux oppressifs poussant les femmes à s'affamer.

Si les perspectives féministes sur les troubles alimentaires ont tendance à sous-théoriser la question du traitement (Holmes *et al.*, 2017), les approches biomédicales et les structures contemporaines de traitement souffrent inversement d'un manque de considération pour les causes genrées des TCA. La sociologue Muriel Darmon (2007) relève pourtant une évidence du genre lorsque l'on traite d'anorexie. Cette évidence est premièrement épidémiologique, puisque les statistiques s'accordent sur un *sex ratio* d'un homme atteint pour neuf ou dix femmes. L'évidence concerne également les critères de diagnostic, marqués en termes de genre, notamment parce que l'aménorrhée¹ en fait souvent partie. L'anorexie est donc indéniablement considérée comme une maladie féminine, voire

¹ L'aménorrhée (absence de menstruations) a été retirée de la classification clinique de l'anorexie dans le DSM-5, en 2013, soit après la sortie de cet article de Darmon.

une maladie de la féminité, alors même que les statistiques sont plus équivoques en ce qui concerne les variables de classe sociale, de « race » ou d'âge (Darmon, 2007). Pourtant, le genre n'est pas ou peu pris en compte en contexte clinique. Lorsqu'il l'est, il est réduit à un facteur secondaire, causal ou contextualisant, mais jamais intégré en profondeur aux méthodes et structures de traitement. Ainsi, les théories féministes et la variable du genre sont, au mieux, ajoutées à l'approche biomédicale comme perspective supplémentaire, sans jamais transformer durablement ses pratiques et ses croyances, ni être considérés comme constitutifs de l'anorexie (Holmes *et al.*, 2017). Katzman et Lee (1997, p.389) résument cette situation en affirmant : « As a result, a “respectful nod” is offered to culture while an undue emphasis on individual pathology has persisted ». On peut néanmoins se demander si les approches féministes peuvent travailler aux côtés des paradigmes médicaux, alors même qu'elles critiquent les principes fondamentaux sur lesquels ils s'appuient (Holmes *et al.*, 2017) : pour Székely (1989), une perspective féministe est incompatible par nature avec le modèle médical, qui doit être rejeté.

Les théoriciennes féministes critiquent la construction psychiatrique de l'anorexie, luttant contre la médicalisation ou naturalisation des troubles alimentaires, qui invisibilise leurs causes socio-politiques. Néanmoins, la majorité considère que les facteurs socio-culturels ne remplacent pas les facteurs psychologiques ou biologiques, mais s'y ajoutent. Cette démedicalisation peut passer par le langage : on retrouve par exemple le terme de « *refeeding* » plutôt que « *binging* », utilisé dans la littérature féministe afin d'ôter la connotation pathologique du fait de se réalimenter après une privation de nourriture prolongée (Mollow, 2015). Holmes (2016) ajoute que cette réflexion critique sur le paradigme biomédical l'a poussé à ne plus se référer à son expérience de l'anorexie comme une maladie et à réfléchir à une façon de la nommer sans renforcer les discours médicaux. Certain.e.s auteur.ice.s vont plus loin dans leur critique de la pathologisation des TCA :

Spitzack (1993), qui conçoit l'anorexie comme un refus de performer la féminité normative, considère par exemple que c'est la transgression des normes de féminité qui explique que l'anorexie soit pathologisée. Bell (2006, citée par Godin, 2016) avance quant à elle que l'anorexie est construite comme pathologique car les personnes anorexiques s'approprieraient un rôle masculin, celui du contrôle du corps des femmes. Plusieurs autrices (Bordo, 1993 ; Malson, 1998 ; Orbach, 1986 ; Wolf, 1990) considèrent même le corps anorexique comme lieu de résurgence du discours sur l'hystérie et la féminité irrationnelle de la fin du XIXe siècle. Orbach compare ainsi l'anorexie aux descriptions freudiennes de femmes « hystériques », avançant que les deux conditions constituent une réponse à une période de confusion et de forts changements sociaux. Pour Orbach (1986), dans le cas de l'hystérie comme de l'anorexie, l'enjeu est celui du contrôle médical du corps des femmes, par des procédures qu'elle juge intrusives, brutales, paternalistes (repos forcé, supervision constante, *force-feeding*...) et irrespectueuses du corps et du consentement des femmes.

Selon Székely (1989), le problème du paradigme biomédical est finalement de considérer l'anorexie comme une expérience différant radicalement des pratiques et des préoccupations de la plupart des femmes. Selon elle, en diagnostiquant certaines femmes comme anorexiques, les pratiques de régime des autres femmes sont normalisées : « the practices of women who are not diagnosed anorexic or bulimic are viewed - by definition - as if these were healthy or normal practices » (p.34). Wolf (1990), soulignant que l'anorexique « is merely doing too well what she is expected to do very well in the best of times » (p.181), va même jusqu'à considérer l'anorexie comme ne relevant pas de la maladie, mais comme réponse logique à une société qui encourage constamment les TCA. Ainsi, « the surprise is not how many [women] do have eating diseases, but that any at all do not » (p.210).

De la fin des années 70 au début des années 90 : une littérature féministe d'influence psychanalytique

Le développement des premiers textes féministes sur l'anorexie, dès la fin des années 70, fut marqué par les théories psychanalytiques. Ces textes (Boskind-Lodahl, 1976 ; Chernin, 1981 ; Orbach, 1986...), qui interviennent dans un contexte de forte montée de l'incidence des troubles alimentaires et d'inscription de l'anorexie dans le DSM-III en 1980, lient le développement de l'anorexie aux changements rapides et contradictoires de la place des femmes dans la société. Par exemple, pour Orbach (1986), l'anorexie illustrerait les difficultés pour les femmes d'entrer dans un monde masculin (milieu du travail dit productif), qui leur demande de se faire oublier en tant que femmes, tout en continuant à correspondre au rôle domestique traditionnel. Dans cette situation dans laquelle « women live with a tension about their place in the world » (Orbach, 1986, p.9), l'anorexie et la nourriture deviendraient des véhicules d'expression de la souffrance des femmes, des métaphores symbolisant les injonctions conflictuelles qui les visent. Godin (2016) souligne que pour ces autrices, l'anorexie représenterait une tentative de regagner du pouvoir et du contrôle sur son corps et sa vie, face à une société socialisant les femmes à la dépendance (Bosking-Loadhl, 1976) et empêchant les femmes d'accéder à une pleine individualité (MacSween, 1993).

Développement dans l'enfance et rôle de la mère

Une partie de la littérature féministe psychanalytique (Boskind-Lodahl, 1976 ; Orbach, 1986) avance que les anorexiques souffriraient d'un manque de développement du « Soi » les empêchant de définir leur identité hors du regard masculin et les poussant ainsi à rechercher la validation d'autrui par leur apparence. Pour Boskind-Lodahl (1976), les adolescentes anorexiques répondraient aux attentes de genre pour obtenir la validation des hommes, à tel point qu'elles ne parviendraient pas à développer une identité propre. Cette lecture peut bien sûr être critiquée pour son paternalisme et son effet désempouvoirant : en

présentant les anorexiques comme incomplètes, vulnérables et déficientes, elle reconduit finalement les logiques du discours biomédical, fondé sur l'individualisation et la pathologisation. Pour Orbach (1986), ce manque de développement du Soi trouve ses origines dans une relation maternelle défectueuse. En effet, les textes féministes d'influence psychanalytique ont particulièrement exploré les causes de l'anorexie dans l'enfance et particulièrement en ce qui a trait à la relation mère-fille.

MacSween (1993) et Bordo (1993) positionnent même l'anorexie comme un retrait dans l'enfance, face à une difficulté à accepter l'entrée dans l'adolescence, voire une peur de devenir une femme. Cette volonté de contrer les changements liés à la puberté, par exemple de retrouver un corps d'enfant sans poitrine ou de faire cesser les menstruations, se retrouve dans beaucoup de récits anorexiques, comme dans l'autobiographie d'Aimee Liu (1979, citée par Bordo, 1993). C'est ainsi que la plupart des textes psychanalytiques sur l'anorexie se demandent si celle-ci est un symptôme d'un rejet de la féminité, voire d'une peur de devenir une femme, ou au contraire d'une reproduction des normes de genre.

Hyper-soumission aux normes de genre ou refus de la féminité ?

C'est le débat principal que l'on retrouve dans les textes psychanalytiques, bien qu'il soit présent également dans les textes féministes d'influence post-structuraliste des années 90, comme ceux de Malson (1998) ou de Bordo (1993), et même dans quelques textes plus récents (Darmon, 2007). Selon la première position, l'anorexie est interprétée comme une conformité extrême aux normes de féminité, tandis que pour la seconde, il s'agirait d'un défaut ou d'un refus de féminité. Dans les deux cas, cette hyperféminité ou cette subversion des normes de genre est pathologisée par l'ordre médical (Darmon, 2007).

Les psychanalystes ont historiquement analysé l'anorexie comme refus de la féminité : les femmes atteintes rejettent le corps féminin et ses formes (cherchant à retrouver un corps d'enfant asexué), ainsi que la possibilité de la maternité et même la féminité

représentée par la mère. Selon Orbach, ces théories sur l'anorexie comme refus de grandir ou de mûrir infantilisent les femmes affectées et dépolitisent l'expérience anorexique :

For, once seen as a child, the anorectic woman becomes much less of a threat - the meaning of her symptom is delegitimized. It becomes mere unacceptable behaviour, to be dealt with summarily, and the sufferer's opinions become discountable because, like herself, they are immature. (Orbach, 1986, p.4)

Certains textes féministes (Bordo, 1993 ; MacSween, 1993) ont alors souligné la possibilité de concevoir l'anorexie, non comme rejet pathologique de la féminité, mais comme résistance au patriarcat et particulièrement à l'objectivation du corps des femmes, par une déféminisation de son corps. Orbach (1986) interprète par exemple le refus de s'alimenter comme possible protestation, le comparant aux grèves de la faim des suffragettes britanniques, et Malson (1998) s'attarde sur la recherche d'un corps androgyne, voire « boyish », ainsi que sur l'aménorrhée comme rejet volontaire d'une féminité non désirée. Dans une perspective féministe, l'anorexie ne symboliserait pas selon elle un refus d'être une femme, mais un refus d'une certaine construction péjorative de ce que devrait être une femme. C'est la principale différence entre le modèle psychiatrique ou psychanalytique traditionnel et ce modèle féministe : le but n'est pas de re-féminiser les patientes par le traitement d'une transgression de genre supposé, mais de considérer ce rejet de la féminité comme réponse face à une identité sociale complexe à naviguer. Les femmes anorexiques ne sont donc pas des victimes passives des injonctions patriarcales, mais active dans la suppression des besoins de leur corps (Orbach, 1986).

Inversement, la majorité des textes féministes interprètent l'anorexie comme une hyper-soumission aux normes de la féminité hégémonique : les anorexiques auraient intériorisé les injonctions patriarcales et en seraient les victimes, une position critiquable en ce qu'elle ôte toute agentivité aux sujets anorexiques. Il s'agit d'une théorie défendue par Boskind-Lodahl (1976), qui souligne que ses participantes, loin de rejeter la féminité et les rôles féminins, cherchent à s'y conformer à l'extrême, accordant une grande d'importance à

leur apparence et au besoin de satisfaire les autres. Elle décrit ses patientes adolescentes comme vulnérables au rejet des hommes et comme s'engageant dans des comportements alimentaires restrictifs pour attirer leur attention. Pire, elle lie l'anorexie à une frustration romantique et sexuelle en affirmant que ses patients n'ont jamais eu de relation satisfaisante avec un homme et qu'en trouver un pourrait mener à une rémission de leurs symptômes. Si ce texte date des années 1970, on en retrouve les fondements aujourd'hui dans la représentation populaire de l'anorexie comme maladie superficielle, touchant des jeunes filles influençables (des stéréotypes contestés par les individus concernés, comme montré par Holmes *et al.*, 2017) et dans des textes plus récents. Chez Wolf (1990) par exemple, la figure de l'anorexique représente la femme parfaite dans la société patriarcale (faiblesse, impuissance, absence de désir sexuel...), ce qui aurait pour effet de rassurer les hommes face à la montée des droits des femmes et de contrecarrer les avancées du féminisme. Ainsi, le corps anorexique apparaît comme le lieu de significations multiples et contradictoires, incarnant à la fois une féminité stéréotypée et une absence de féminité. Paradoxalement, le corps anorexique à la fois résiste et incarne les injonctions patriarcales sur le corps des femmes.

Critiques et limites

Une première critique du paradigme psychanalytique est la considération de l'anorexie comme une métaphore pour notre époque et pour la condition des femmes, ce qui est particulièrement le cas chez Orbach (1986). Néanmoins, « the time for metaphors is behind us » (Wolf, 1990) : il est temps de considérer véritablement l'expérience de l'anorexie telle que vécue par les personnes concernées, plutôt que de lire sur les corps anorexiques des métaphores cachées de la domination masculine. De plus, on peut reprocher aux théories psychanalytiques sur l'anorexie de viser à expliquer celle-ci individuellement, mais de manquer d'intérêt pour le contexte social dans son ensemble. Pour Wolf (1990) et Székely (1989) par exemple, les causes de l'anorexie ne sont pas à aller chercher dans la personnalité

soi-disant déficiente des anorexiques ou dans des dynamiques familiales dysfonctionnelles, mais dans les enjeux politiques et économiques : des corporations multi-milliardaires et un ordre socio-politique auraient intérêt à créer des TCA chez les femmes (Wolf, 1990).

Godin (2016) souligne également que dans le paradigme psychanalytique, l'anorexie peut être comprise comme une tentative de libération, mais vouée à échouer : il y a donc peu de possibilités d'*empowerment*. Les femmes recevraient passivement les normes sociales, et leur corps devient un objet passif sur lequel s'inscrivent des significations culturelles. En outre, le débat binaire entre résistance et anti-féminisme binaire ne reflète pas la complexité et la multiplicité des expériences anorexiques. Ces théories rendent inconfortable Saukko (2008), en ce qu'elles reproduisent l'idée selon laquelle il y existerait une façon normale d'être une femme, d'être féminine, de « faire » son genre, et que les anorexiques échoueraient dans ce domaine. Certaines féminités, donc certaines femmes, sont ainsi définies comme « *disordered* », d'autres comme saines, selon une conception essentialiste de la féminité. Finalement, il est évident que plusieurs de ces textes anciens, particulièrement Boskind-Lodahl (1976), s'inscrivent dans l'hétérosexualité obligatoire par des propos sexistes, notamment sur la superficialité des femmes anorexiques ou le besoin d'un homme pour les sauver d'elles-mêmes.

Années 90 : paradigme féministe post-structuraliste

Dans les années 90, l'influence dominante dans les textes féministes sur l'anorexie est celle du post-structuralisme, marqué par l'analyse des discours et de leurs effets (Bordo, 1993 ; Hepworth, 1999 ; Malson, 1998) et par les théories foucaaldiennes sur le biopouvoir, la surveillance, ou encore les techniques de soi (Bordo, 1993 ; Spitzack, 1993). L'enjeu principal devient celui de la construction du sens par le langage et les discours. Ces derniers constituent le corps féminin et le corps anorexique de façon multiple et, comme souligné précédemment, souvent conflictuelle (Malson, 1998). Pour Godin (2016), le but de ces textes

est de « dégager les termes par lesquels les anorexiques [...] prennent part à la vie sociale ainsi que les significations qu'on attribue à leurs corps et à leurs pratiques » (p.140).

Les textes post-structuralistes ont particulièrement souligné les frontières poreuses entre le pathologique et l'acceptable. Székely (1989) s'étonne ainsi que les comportements des femmes dites anorexiques ne changent pas radicalement de ceux des autres femmes, ce qui la pousse à étudier de façon critique la construction discursive de certains phénomènes comme pathologiques et d'autres comme normaux : « On what basis can we ever say, "She is only dieting, but this other woman is anorexic?" » (p.133). De la même façon, Wolf (1990) avance que si l'anorexie est définie comme la peur compulsive et la fixation autour de la nourriture, alors la plupart des femmes occidentales peuvent être appelées anorexiques. C'est ainsi que les autrices du paradigme post-structuraliste soulignent l'historicité des catégories diagnostiques (Hepworth, 1999 ; Malson, 1998). Malson (1998) analyse notamment comment l'anorexie et plus largement la maigreur des femmes a été historiquement constituée en objet de discours médical, et ainsi la manière dont les institutions médicales ont régulé et continuent de réguler la catégorie clinique de l'anorexie mentale depuis la fin du XIXe siècle.

Production discursive de l'anorexie

Selon l'approche féministe post-structuraliste, les discours et les rapports de pouvoir s'inscrivent sur les corps. Les TCA sont ainsi des phénomènes construits discursivement, qui n'ont pas de sens hors des discours genrés qui les constituent. Il faudrait donc analyser ces discours pour comprendre l'anorexie. C'est précisément ce que cherche à faire Malson (1998), qui étudie dans son livre non pas les pratiques, mais les discours régulant l'expérience alimentaire et corporelle des femmes, ainsi que les significations sociales accolées au poids et à la féminité. Elle met notamment en lumière la construction méliorative du corps mince comme idéal de féminité et la construction péjorative du corps féminin gros comme paresseux, indésirable, malheureux : « both fat and thin bodies signify a variety of personal

characteristics, systematically divided into negative “fat” and positive “thin” attributes » (p.104). Malson insiste particulièrement sur le pouvoir disciplinaire de deux discours sur le corps des femmes : le narratif romantique hétérosexuel, selon lequel seules les femmes belles (donc minces) obtiendront épanouissement et réussite, et le discours dualiste cartésien, qui nourrit une séparation artificielle entre corps et esprit et une vision du corps et de ses besoins comme aliénants. Le discours romantique est particulièrement marqué pour Malson par la construction du corps mince comme représentant les caractéristiques traditionnelles de la féminité hégémonique - fragilité, dépendance, vulnérabilité, etc. Ce discours romantique coïncide néanmoins avec le discours médical, qui construit l’anorexie, mais aussi la féminité, comme pathologiques. En effet, la pathologisation de l’anorexie renforce l’infériorisation des femmes : « ‘sickness’ and ‘femininity’ become entangled in a morbid spectacle that ‘everybody want to know about’ » (p.111). Pour Malson (1998), le corps anorexique est donc le site d’une convergence des discours médicaux et romantiques, les deux consolidant la féminité comme idéalisée, mais aussi pathologique et inférieure.

Similairement, Bordo (1993) situe les TCA à la rencontre de trois axes : l’axe du dualisme corps/esprit, l’axe du contrôle, et l’axe genre/pouvoir. Il s’agit selon elle d’*axes of continuity* entre la culture et l’anorexie, qui définissent notre expérience corporelle. Le premier, qu’elle lie à l’héritage dualiste des philosophes gréco-chrétiens Platon, Saint-Augustin et Descartes, correspond à l’idée selon laquelle l’existence humaine serait séparée entre le corps matériel et l’esprit, et se joue également dans l’imagerie corporelle de l’anorexique. Chez ces philosophes comme chez les anorexiques, le corps serait expérimenté comme une limitation, un ennemi, voire une prison, et comme source d’illusions (Bordo, 1993). Beaucoup d’anorexiques considèrent en effet leur corps comme séparé de soi et aliénant : il faudrait faire disparaître ses besoins, voire le corps lui-même, par son contrôle

par l'esprit, ce qui renforce de la même façon la dichotomie associant le corps, faible, hors de contrôle, aux femmes et l'esprit, puissant et rationnel, aux hommes (Malson, 1998).

L'influence foucauldienne

Les textes féministes post-structuralistes sur l'anorexie sont fortement influencés par les théories de Michel Foucault. Le corps y est considéré non comme stable ou naturel, mais comme profondément culturel et marqué par les relations de pouvoir, et les régimes sont conçus comme des pratiques disciplinaires produisant des corps « dociles » (Heyes, 2006). Pour Bordo (1993), une compréhension historique du corps est centrale pour analyser l'anorexie et notre obsession contemporaine pour la minceur. Comme l'a montré Foucault dans *Surveiller et punir* (1975), le pouvoir s'inscrit sur les corps : par exemple, le port du corset, en plus de limiter les capacités physiques des femmes, inscrit le pouvoir de la culture sur le corps féminin (Bordo, 1993).

Les régimes alimentaires peuvent être analysés à partir du concept foucauldien de « techniques de soi », pratiques façonnées par les rapports disciplinaires à travers lesquelles les individus régulent leur corps, cherchent à le transformer ou à l'« améliorer ». Le corps des femmes est constamment encadré et réglementé par ces technologies disciplinaires afin de le faire correspondre aux normes sociales, menant à une aliénation des femmes envers leur corps et parfois à des troubles alimentaires (Bartky, 1998 ; Bordo, 1993). Chez les autrices adoptant un cadre foucauldien (Bordo, 1993 ; Malson, 1998 ; Spitzack, 1993), la question de la surveillance est également omniprésente : le regard du spectateur masculin observerait et surveillerait en permanence les femmes, qui l'intérioriseraient, les conduisant à adopter des pratiques d'auto-surveillance à l'égard de leur corps. C'est ainsi que l'anorexique construirait sa propre oppression : il s'agit d'un cas de « collaboration in oppression » pour Bordo (1993, p.230). Chez Spitzack (1993) la féminité est conçue comme un « spectacle » et l'anorexie

comme une représentation morbide de celui-ci, « an ongoing and lucrative spectacle of female disease » (p.17), rappelant ici la glamourisation médiatique de l'anorexie.

Critiques et limites

La majorité des textes identifiés ici comme appartenant au paradigme post-structuraliste souffrent d'un manque de données empiriques. Godin (2016) rappelle que jusqu'à la fin des années 1990, il existait très peu d'enquêtes sociologiques et empiriques sur l'anorexie, qui était ainsi souvent analysée de façon instrumentale, afin d'illustrer ou de prouver une théorie préexistante. Beaucoup des travaux de cette époque ne se fondent pas sur des travaux d'enquête, voire même ont recours à des arguments d'autorité. En plus de ce faible ancrage empirique, il est davantage question dans ces textes des discours et de la symbolique de l'anorexie, plutôt que des pratiques anorexiques en tant que telles. On considère que pour comprendre l'anorexie, il faudrait analyser les discours sur les corps anorexiques, sans donner de place aux discours articulés *par* ces corps. De la même façon, cette emphase sur les discours (et le débat omniprésent autour des significations contradictoires de ces derniers) réduit l'anorexie à un simple produit culturel et discursif, ce qui efface la matérialité de son expérience.

Godin (2016) et Brain (2002) considèrent de plus que ces textes reproduisent le dualisme cartésien qu'ils prétendent rejeter. Selon la première, en privilégiant les discours et par peur d'essentialisme, ils excluent les logiques du corps, ce qui mène à une forme de « subjectivité incarnée » (p.141) : le corps est soumis à des discours, mais ne produirait pas lui-même de sens. Selon la seconde, la lecture de l'anorexie comme symbole de la soumission féminine de Bordo « tends to reify a denigrated association of femininity with corporeality, which actually reproduces rather than challenges Cartesian dualism » (p.153-154). Finalement, similairement aux textes féministes psychanalytiques, ce paradigme a tendance à considérer les anorexiques comme soumises aux normes de féminité, les

décrivant parfois de façon stéréotypée. Par exemple, pour Spitzack (1993), l'anorexique mesurerait sa valeur en fonction du regard masculin. La conformité aux normes de beauté est pour elle la motivation principale des anorexiques. Pourtant, ces dernières n'adhèrent pas passivement aux normes : leurs pratiques permettent également de les redéfinir. Cette interprétation unique et immuable de l'anorexie va également à l'encontre des principes même du post-structuralisme, puisque comme le souligne Holmes (2016), « [the] idea of a unified ('correct') story [is] very much at odds with post-structuralist conceptions of the self » (p.196).

Années 90 et 2000 : sociologie du corps et de l'anorexie

Le champ de la sociologie s'est intéressé à l'exploration des causes socio-culturelles des TCA à partir des années 1990, avec le développement d'approches sociologiques féministes sur la nourriture et le poids. Ont principalement été abordées les injonctions à la minceur chez les femmes et la stigmatisation de la grosseur dans les sociétés occidentales. Soulignant l'augmentation de l'incidence de l'anorexie et de la boulimie, ces approches ont lié ces phénomènes à l'intensification des normes de minceur pour les femmes. Celles-ci créeraient une insatisfaction corporelle plus prononcée chez les femmes, les conduisant à adopter des comportements restrictifs et d'auto-surveillance, pouvant mener à des TCA. Ainsi, ces approches ont situé la détresse corporelle dans le contexte de normes sociales régulant l'appétit, le corps et le rôle social des femmes (Holmes *et al.*, 2017). Contrairement au paradigme précédent, il est cependant question d'étudier les pratiques, et non uniquement les discours.

Des recherches sur le terrain commencent à être menées, comme celles de Darmon (2003 ; 2007), qui interprète le traitement comme une « carrière » avec des étapes d'entrée, d'engagement et de sortie, une entreprise de transformation de la personne anorexique, à la fois sur le plan de l'apparence et des attitudes. Elle souligne notamment comment le traitement repose sur une certaine idée de ce que serait une femme acceptable. Les normes et

les attentes de genre sont ainsi omniprésentes dans l'organisation du traitement, de ses buts, et l'évaluation de son efficacité (Darmon, 2007). Darmon explore dans son article une interprétation du traitement comme « entreprise de re-féminisation des patientes » (p.98), c'est-à-dire comme la « normalisation d'une déviance résultant de la transgression perçue de ces mêmes clivages » (p.108). En effet, les pratiques de traitement valorisent certains comportements associés à la féminité et considèrent ces derniers comme des indices d'une progression vers la « guérison ». C'est le cas notamment en ce qui a trait à la présentation de soi (le personnel médical considère les comportements vestimentaires « féminins » comme signe de mieux être chez les patientes) et au désir de maternité (un corps anorexique guéri serait un corps pouvant enfanter). Néanmoins, Darmon (2007) apporte des nuances à ce modèle du traitement comme correction d'une transgression de genre, par exemple car le traitement encourage les patientes à penser à soi avant de penser aux autres ou encore valorise le non-respect de certaines règles sociales face à des femmes considérées comme « trop sages ». Selon la chercheuse, cela n'est pas contradictoire, car ce qui est en jeu n'est pas seulement la variable du genre, mais aussi de l'âge (et de la classe sociale), selon une construction moderne de ce que devrait être une jeune fille adolescente, souvent de classe aisée. Il s'agit ainsi d'apprendre aux patientes à (re)devenir des femmes, mais surtout des adolescentes normées : « le traitement serait alors structuré non pas par une simple entreprise de re-féminisation, mais par une re-féminisation adolescente » (p.109).

Anorexie, capitalisme et société de consommation

Certains textes (Nixon, 1989 ; Turner, 1996) lient l'anorexie à des causes économiques, et particulièrement à la transformation des systèmes alimentaires dans les économies post-fordistes. Nixon (1989) fait par exemple de l'anorexie une conséquence des normes capitalistes de performance portées sur les femmes, interprétant l'anorexie comme une compétition entre femmes pour être la plus belle et la plus performante. Cette théorie

peut ici encore être critiquée comme simplificatrice, et même paternaliste, en ce qu'elle suggère que l'anorexie serait une simple question de vanité ou de superficialité.

Turner (1996) va beaucoup plus loin que Nixon dans son analyse : considérant à la fois patriarcat et capitalisme, il utilise l'anorexie pour justifier la pertinence d'une sociologie du corps, objet d'étude encore marginal dans les années 1990 : « I argue that anorexia perfectly illustrates the underlying philosophical bases of sociology (individual/society, nature/culture, mind/body) » (p.179). Nixon étudie la façon dont la société et particulièrement la famille influencent le travail sur le corps, ce dernier étant compris comme moyen de protester à des normes sociales consuméristes et au carcan domestique. Reprenant les arguments féministes sur l'aliénation du corps des femmes dans les sociétés capitalistes et patriarcales, il lie en effet l'anorexie aux contradictions des modèles de féminité contemporains et à l'impossibilité de les atteindre. On retrouve ici les thèses de Orbach (1986), selon laquelle le corps serait un médium par lequel la personne anorexique communiquerait, exprimerait une révolte, qu'il faudrait interpréter (Godin, 2016). Néanmoins, une fois encore, ces théories laissent peu de possibilités d'action aux femmes anorexiques, que Turner conçoit comme vouées à l'impuissance (*powerlessness*).

Székely (1989) avance également que l'obsession actuelle pour la minceur devrait être comprise dans le contexte des mutations du système capitaliste et d'une industrie alimentaire faisant paradoxalement coexister famine, troubles alimentaires et suralimentation. Selon elle, le capitalisme mondialisé produit des normes corporelles occidentales marquées par l'impossibilité de les atteindre, nous condamnant à ne jamais être satisfait.e.s. En outre, il est économiquement avantageux que les femmes se soucient de leur apparence et n'en soient jamais satisfaites, puisque cela permet de leur vendre un ensemble de produits nutritionnels et esthétiques. Finalement, certains de ces textes soulignent que la minceur des femmes n'a pas la même signification que celle des hommes, puisqu'elle est aussi un moyen d'accéder à un

capital social et culturel. Comme le développe Darmon (2007), « le poids est un indicateur qui est clivant en termes de classes sociales pour les femmes alors qu'il ne l'est pas pour les hommes » (p.111) : les femmes subissent davantage de pressions pour « travailler » leur corps afin d'accéder à une forme d'ascension sociale.

Culture des régimes et représentations médiatiques

Les normes esthétiques ont toujours régulé davantage le corps des femmes que celui des hommes, la masculinité étant définie de façon plus indépendante de l'apparence physique que la féminité (Wolf, 1990). Il apparaît par ailleurs évident que le désir de minceur ne concerne pas uniquement les femmes anorexiques, mais la grande majorité des femmes : pour Wolf (1990), les régimes sont même devenus un rituel de féminité. C'est ainsi la « culture » qui est mise en cause par ces textes, et particulièrement les discours médiatiques, dont le mannequinat et les produits de consommation de masse tels que les magazines féminins. Les TCA y sont compris avant tout comme un problème d'image corporelle, parfois en les réduisant stéréotypiquement à cela. Ainsi, ces textes situent les troubles alimentaires sur un continuum (Lloyd, 1996), sur lequel se trouvent d'autres pratiques genrées de contrôle du corps, comme les régimes et l'exercice physique, conséquences d'un même système patriarcal et grossophobe. Sont dénoncées des normes de beauté oppressives, desquelles les femmes seraient les victimes, allant parfois jusqu'à les rendre malades (Wolf, 1990). Ce thème est récurrent dans la littérature féministe, bien qu'il soit désigné par des termes différents. Chernin (1981) parle ainsi de « tyranny of slenderness » dans son livre éponyme, tandis que les textes plus récents évoquent une industrie des régimes ou de la minceur (Hesse-Biber *et al.*, 2006) ou encore un « complexe mode-beauté » (Chollet, 2012), ce qui souligne davantage les aspects économiques, et non seulement idéologiques, en jeu.

Hesse-Biber *et al.* (2006), Székely (1989) et Wolf (1990) dénoncent le rôle de ce complexe industriel multi-milliardaire dans la création de TCA, en avançant qu'il capitalise

sur les insécurités des femmes promues par les médias de masse. Ces industries ont donc un intérêt financier à nourrir une insatisfaction des femmes avec leur apparence, mais aussi de la désinformation sur le poids et une peur de la grosseur (Székely, 1989). Chez Hesse-Biber *et al.* (2006), l'anorexie est la conséquence d'une exposition ou d'une consommation non-critique de ces représentations médiatiques idéalisant la minceur chez les femmes, et la solution résiderait dans l'éducation. Pour Székely (1989), qui insiste particulièrement sur le rôle de la mode, l'injonction à être mince peu importe le coût en temps, argent et santé, est lié à un désir de faire apparaître le corps des femmes comme fragile et ainsi facile à manipuler, ainsi que de contraindre les femmes à occuper le moins d'espace possible (Székely, 1989).

Plutôt que d'être une question de santé ou d'esthétique, les régimes sont donc un enjeu économique, mais aussi politique. C'est ce qu'avancent Bordo (1993) et surtout Wolf (1990), pour qui les régimes sont utilisés comme une arme politique contre le féminisme. Wolf théorise la naissance d'un « beauty myth », qui aurait émergé comme *backlash* aux avancées du féminisme depuis les années 70. Elle explique que depuis le début du XXe siècle, les régimes et la minceur ont particulièrement été des préoccupations lors des périodes d'émancipation féminine, c'est-à-dire au moment de l'obtention du droit de vote aux Etats-Unis (1920) et en Angleterre (1918), mais surtout depuis la seconde vague féministe des années 60 et l'entrée massive des femmes dans les sphères dites masculines. À l'inverse, durant les périodes plus conservatrices comme les années 1950, l'archétype de la beauté était représenté par des femmes ayant davantage de formes, telles que Marilyn Monroe (Bordo, 1993 ; Wolf, 1990). Ce « weight shift » est une solution aux dangers posés par la nouvelle liberté reproductive, sociale et économique des femmes. Pour Wolf (1990), les régimes agissent en effet comme un sédatif politique : « dieting is the most potent political sedative in women's history; a quietly mad population is a tractable one » (p.187). Wolf souligne que la restriction calorique mène les femmes à être passives, anxieuses, non sûres d'elles-mêmes,

faibles, apolitiques, ou encore émotionnelles, et ce sont ces traits, plutôt que la minceur en soi, « that the dominant culture wants to create in the private sense of self of recently liberated women in order to cancel out the dangers of their liberation » (p.188). La faim agit comme un sédatif réduisant les préoccupations de l'esprit à la nourriture et empêchant les femmes anorexiques de s'organiser, d'être en colère, d'interroger les inégalités de genre. Wolf (1990) compare même port du corset et anorexie : le corset deviendrait le corps même, limitant ce que les jeunes femmes pensent et comment elles agissent ; « the backlash does to young women's minds (...) what corsets and girdles and gates no longer can » (p.214). Il s'agit d'un retournement par rapport aux textes précédents, puisqu'ici la société n'est en réalité pas préoccupée par la beauté ou la minceur des femmes, mais par leur obéissance.

Critiques et limites

Plusieurs critiques peuvent être émises envers les textes situant l'anorexie comme le résultat d'une culture exhortant les femmes à porter attention à leur corps et à le maintenir dans les standards d'attractivité hétérosexuelle. Premièrement, *quid* des femmes lesbiennes développant des troubles alimentaires ? Selon Holmes (2016), qui s'identifie comme une femme lesbienne anciennement anorexique, le lien fréquemment énoncé par la littérature féministe entre contrôle du corps et recherche du regard masculin reproduit un discours normatif sur la féminité, qui invisibilise les personnes anorexiques non-hétérosexuelles :

the feminist discourse has tended to reproduce normative discourses on girls/women which have often ended up confirming the very structures they set out to critique, leaving little space for the anorexic for whom heteronormativity; and not heterosexual femininity, is potentially the key source of oppression. (Holmes, 2016, p.9)

Ces textes tendent également à réduire les TCA à l'exposition aux représentations médiatiques, reproduisant ainsi une vision simplificatrice et victimisante de l'expérience vécue de l'anorexie. C'est distinctement le cas de Hesse-Biber *et al.* (2009) et de Nixon (1989), qui représentent les femmes anorexiques comme des consommatrices irrationnelles et

superficielles. Holmes *et al.* (2017) se montrent critiques de cette réduction de la « culture » aux médias et aux problèmes d'image corporelle. Ils soulignent les risques de passer à côté de la complexité des significations des TCA et de leurs liens avec les inégalités de genre. Ce discours de « media blaming » risque en outre de banaliser les TCA et de stigmatiser les personnes en étant atteintes. En raison des stigmates portés par cette vision hégémonique de l'anorexie, les explications biomédicales sont privilégiées par les participantes de l'étude d'Holmes *et al.* (2017) : « conceptions of AN[orexia] as media-induced are perceived as fostering trivialising and stigmatising attitudes » (p.7). Les explications génétiques ou biologiques permettent en effet la réduction du blâme, selon le mythe selon lequel les individus auraient plus de contrôle sur les facteurs de risque sociaux que médicaux. Malgré ces limites, le lien entre régime et troubles alimentaires a été abondamment prouvé dans la littérature quantitative². Néanmoins, les images médiatiques ne doivent pas être considérées comme une cause directe des TCA, mais comme des exemples d'injonctions culturelles autour de la minceur et de la féminité, car « [the] caricatured cosmetic compliance [is] the socially sanctioned coloring of distress and not the cause » (Katzman & Lee, 1997, p.190).

Nous pouvons également regretter que certain.e.s auteur.ice.s considèrent l'identité anorexique comme l'antithèse de la position féministe. C'est notamment le cas de Wolf (1990), qui développe l'idée selon laquelle l'anorexie contrecarrerait les avancées du féminisme, une thèse extrêmement désempouvoirante et culpabilisante. Pour finir, l'article de Katzman et Lee (1997), écrit à l'intersection des théories féministes et cross-culturelles (*cross-cultural*), souligne l'ethnocentrisme de la construction des TCA comme conséquences des diktats de minceur. Selon les auteurs, cela invisibilise les significations complexes, diverses et situées localement des troubles alimentaires. En effet, les travaux étudiant les TCA dans les grandes métropoles asiatiques et notamment en Chine observent qu'ils ne sont

² Voir par exemple Patton *et al.* (1999), qui concluent que les femmes suivant un régime alimentaire modéré ont cinq fois plus de risques de développer un trouble alimentaire, et celles pratiquant une restriction extrême, 18 fois plus, par rapport aux femmes ne suivant aucun régime.

pas tant causés par une peur de la grosseur que par des changements culturels post-mondialisation impactant l'identité et la place des femmes dans les sociétés contemporaines. Selon Katzman et Lee, « the image of anorexia as a transitory, self-inflicted problem developed by young women lost in their world of fashion and calorie restricting is a belittling stereotype that may mask women's real worries » (p.389) : il est donc important de prendre en compte non seulement le genre et les normes corporelles pesant sur les femmes, mais aussi un ensemble d'autres rapports de pouvoir et influences socioculturelles.

2000 et plus : les travaux contemporains

S'intéresser au traitement

Si la littérature féministe d'influence psychanalytique s'intéressait au traitement et les autrices étaient majoritairement thérapeutes, ces textes s'appliquent difficilement au contexte contemporain, et les approches féministes se préoccupent aujourd'hui rarement du contexte clinique. Comme Holmes *et al.* (2017) l'affirment, « although sociocultural perspectives on EDs represent a visible area of study and have a significant empirical foundation, very little has been written about them in the context of ED treatment » (p.2). Cette lacune explique également le manque de prise en compte des perspectives féministes dans les structures de traitement, qui favorisent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) car il s'agit des approches pour lesquelles il existe le plus de données quantitatives comme qualitatives. Cela souligne ainsi le besoin de tester empiriquement la pertinence des approches féministes, avec différents échantillons, de différentes façons et dans divers contextes nationaux.

L'article d'Holmes *et al.* (2017) est la seule étude contemporaine trouvée ayant testé la pertinence dans le cadre du traitement des TCA, plutôt que simplement pour en chercher la cause. Les auteurs étudient en effet si les participantes, sept femmes hospitalisées pour anorexie, perçoivent l'approche féministe comme bénéfique pour la compréhension de leur expérience et pour leur traitement. Leurs résultats sont encourageants, puisque toutes les

participantes ont affirmé que l'approche féministe les a aidé à situer leur anorexie dans un contexte social plus large, à réduire les sentiments d'isolement et de culpabilité, à développer une attitude plus critique envers les constructions sociales de genre liées à l'alimentation, et a eu des retombées positives pour leur rétablissement (*recovery*). Cependant, elles n'ont pas remis en cause fondamentalement la façon dont elles percevaient ce qu'est un trouble alimentaire, et ont exprimé des réticences à rejeter le modèle médical.

Mettre au centre les voix anorexiques

Les travaux féministes contemporains sur l'anorexie prennent davantage en compte les voix des personnes anorexiques, notamment par le biais d'entrevues ainsi que de travaux auto-ethnographiques, dans lesquels des chercheuses anciennement anorexiques produisent du savoir à partir de leur expérience. Cependant, les travaux auto-ethnographiques engagent peu avec la littérature féministe, à l'exception de Saukko (2008) et d'Holmes (2016).

Holmes *et al.* (2017), étudiant la résonance des analyses féministes chez les personnes anorexiques, remarquent que malgré leurs apports, les approches féministes sont reçues de manière ambivalente. Ils soulèvent plusieurs défis, le principal d'entre eux étant l'identification de l'anorexie comme problème social et non individuel et ses conséquences en termes d'agentivité, de blâme et de possibilités de rétablissement. En effet, « how to fully recover [...] if the locus of the “disorder” is not so firmly rooted in the individual ? » (p.9). Il semble effectivement plus simple de changer un problème identifié comme individuel que la société, entité abstraite. Localiser la cause de l'anorexie dans l'individu pathologique, comme le font les perspectives biomédicales, pourrait alors offrir aux usager.e.s de soins une plus grande agentivité concernant leur « guérison ». De la même façon, situer l'anorexie dans leur contexte socio-culturel peut paradoxalement augmenter les sentiments de culpabilisation en poussant les individus à se demander pourquoi ils ont développé un trouble alors que toutes les femmes sont supposément sujettes aux mêmes injonctions patriarcales. Cela renforce ainsi

le sentiment de différence voire de déviance accompagnant le diagnostic et l'expérience des TCA, montrant les difficultés de composer avec cette identité stigmatisée. Ainsi, « putting EDs on a continuum with normative social values (or ideologies) could end up confirming [...] the same pathologising logic that the feminist approaches claim to avoid » (p.9).

Quant aux travaux auto-ethnographiques, Holmes (2016), qui a été anorexique pendant 20 ans, raconte dans son article sa rencontre ambivalente avec la littérature féministe sur les TCA, tandis que Saukko (2008) explique dans l'introduction de son livre que sa volonté de l'écrire émane de son insatisfaction avec la façon dont l'anorexie est décrite en psychiatrie, dans les médias, mais aussi dans la littérature féministe : « ever since going through the experience I have felt alienated and insulted by descriptions of what is wrong with anorexics, what psychological and social factors fuel their starving, and what should be done to solve the problem » (p.1). Elle examine ainsi de façon critique les discours (populaires, médicaux, académiques) sur l'anorexie, des discours qui, selon elle, réaffirment souvent les idéaux normatifs ayant causé les troubles alimentaires en premier lieu, et déplore une sursimplification des enjeux sociaux autour des TCA, qui limite les anorexiques à des victimes passives des discours sexistes. Holmes (2016) décrit quant à elle sa relation avec la littérature féministe sur l'anorexie des 30 dernières années comme « space between disconcertedness and recognition » (p.13). En effet, bien qu'elle se soit reconnue dans ces écrits, elle affirme, tout comme Saukko (2008), s'être senti insultée par les explications de l'anorexie comme causée par les médias. Même si les travaux féministes sur les TCA incluent de plus en plus les voix et les expériences des personnes anorexiques, elle remarque qu'il leur est rarement donné l'opportunité d'y répondre ou d'interpréter elles-mêmes leur propre expérience. De plus « the voice of the anorexic subject is often discredited as being disordered and deluded - or 'outside the true' » (Holmes, 2016, p.194) : cette relation hiérarchique entre chercheuse féministe détenant la « vérité » et anorexique inconsciente

politiquement est particulièrement visible chez Bordo (1993). Cette dernière, bien qu'interprétant l'anorexie comme potentielle résistance, affirme :

But we must recognize that the anorectic's protest, like that of the classical hysterical symptom, is written on the bodies of the anorexic women, not embraced as a conscious politics - nor, indeed, does it reflect any social or political understanding at all. (Bordo, 1993, p.159).

Lire cette phrase de Bordo a été central à la colère ressentie par Holmes (2016) car « it created a space in which it was (and is) difficult to *speak back* » (p.198), puisque toute personne ne pensant pas que le genre est l'explication centrale de son trouble alimentaire risque d'être accusée d'une forme de fausse conscience. En outre, Holmes critique la façon dont ces travaux « assume a commonality of experience between all women » (p.198), traitant les femmes comme un groupe homogène plutôt que de considérer la diversité de leurs expériences. Saukko (2008) refuse également de fixer une signification unique à l'anorexie ou de sur-simplifier l'expérience des femmes anorexiques. Racontant son traitement à Helsinki dans les années 70, elle se demande comment analyser l'anorexie de façon alternative, sans reproduire des « simplified, normative, gendered notions of being » (p.2). En outre, Saukko souligne que se focaliser sur les expériences des femmes blanches, jeunes, occidentales et de classe moyenne laisse de côté de nombreux enjeux et notamment comment les violences sexuelles peuvent mener aux TCA, ainsi que le rôle du racisme, de la pauvreté ou de l'hétérosexisme. C'est une des lacunes principales des textes de ce corpus, critiquée notamment par Katzman et Lee (1997) : la plupart accordent une place prépondérante au genre au détriment d'autres systèmes d'oppression et aucun n'affirme explicitement adopter une approche intersectionnelle. Bien que certains prennent en considération la race ou la classe sociale, cela est souvent fait séparément au genre, et la colonisation, l'âge, l'orientation sexuelle ou encore le handicap sont encore plus rarement abordés.

Question de recherche

Comme nous l'avons vu, les textes féministes s'intéressant à l'anorexie en contexte thérapeutique et clinique sont encore rares, et le genre y est souvent réduit à un facteur de risque. La littérature scientifique, qu'elle soit médicale ou féministe, tend à ignorer la question du traitement des troubles alimentaires en tant que rapport social et politique, ce qui masque notamment la violence avec laquelle les anorexiques sont traités dans l'environnement psychiatrique (Saukko, 2008). En effet, la majorité des travaux, même féministes, cherchent à élucider l'origine de l'anorexie, à en produire une lecture causale ou symbolique univoque, au détriment d'une attention portée aux expériences thérapeutiques, aux usages différenciés du soin, ou aux tensions entre subjectivité et « guérison ». Cette orientation théorique limite la possibilité de penser les formes d'agentivité, de refus ou de redéfinition des normes qui traversent les trajectoires anorexiques.

Qu'il s'agisse des discours biomédicaux, qui localisent l'anorexie dans les mécanismes psychiques ou biologiques de l'individu, ou des discours féministes, qui y lisent l'effet de normes de genre inscrites sur le corps des femmes, les deux approches tendent à produire des figures passives. Dans les deux cas, les subjectivités anorexiques sont rarement prises au sérieux dans leur capacité à produire du sens pour elles-mêmes. Trop souvent, l'anorexie est convoquée comme exemple pour illustrer une théorie existante ou comme métaphore dans laquelle il faudrait interpréter des messages cachés (refus de la féminité, résistance, oppression...). L'anorexie aurait un sens, partagé par toutes les femmes anorexiques, qu'il faudrait décoder. De la même façon, est privilégié un modèle causal et linéaire de l'anorexie (pour traiter les TCA, il faudrait comprendre ce qui les a causés), qui empêche d'envisager la pluralité des vécus, des temporalités, et des rapports au trouble. De par cette recherche des causes ou des significations, l'expérience des personnes concernées est appropriée et la complexité des subjectivités anorexiques réduite à un sens unique, ne

laissant pas aux personnes anorexiques le pouvoir d'identifier le propre sens de leur expérience. Comme le souligne Holmes (2016), il y a un besoin urgent de déplacer le regard : non plus parler sur les personnes anorexiques, mais produire depuis leurs récits et leurs savoirs.

There remains a clear need for the feminist discourse itself to engage in a dialogue with girls and women who have experience of eating disordered subjectivities, especially given the political aim to 'give voice' in this regard. The implicit dichotomy between enlightened feminist researcher and politically unaware anorexic (Bordo, 1993) is deeply problematic, and [...] doesn't do justice to the complex subjectivities that anorexia may entail (Holmes, 2016, p.205)

Considérant ces lacunes soulignées par la revue de littérature, cette recherche se donne pour objectif de penser l'anorexie autrement : non plus comme une énigme à résoudre ou une pathologie à corriger, mais comme un terrain de subjectivation, de négociation et de savoir. Ainsi, **comment les personnes concernées par l'anorexie reconfigurent-elles, à travers leurs expériences et leurs pratiques, les contours du soin et de la « guérison » ?**

Il s'agira d'étudier, non pas le sens ou la cause de l'anorexie, mais le vécu situé des personnes anorexiques, dans leur complexité et leurs contradictions, et en portant une attention particulière à leurs manières de comprendre, de négocier et éventuellement de subvertir le soin. Il n'est donc pas seulement question d'écouter ces voix, en tant que formes légitimes de connaissance, mais aussi d'interroger la manière dont elles déplacent les normes instituées de la « guérison » et ouvrent peut-être la voie à d'autres façons de vivre, de penser et d'accompagner l'anorexie. Il ne s'agit pas non plus de produire une « vérité » sur l'anorexie, mais de remettre en question celles qui s'imposent comme telles, en rendant audibles des expériences souvent passées sous silence.

Chapitre 2 : Concepts et méthode

Cadre théorique

Comme souligné dans la revue de littérature, de nombreux courants théoriques ont été mobilisés pour comprendre les liens entre genre et anorexie. Pourtant, certains champs théoriques restent largement sous-explorés dans l'étude de ce trouble. Cette recherche s'inscrit dans un dialogue entre les études critiques du handicap, les *fat studies*, les théories féministes intersectionnelles, les théories anti-psychiatriques et les épistémologies situées, dans le but de produire une lecture renouvelée de l'expérience de l'anorexie, centrée sur la voix des sujets anorexiques.

Études critiques du handicap et « mad studies »

Les études critiques du handicap, ou *Critical disability studies* (CDS), sont à la fois une théorie, un champ d'étude interdisciplinaire et une méthodologie, ayant émergé dans les années 1970 de l'activisme des personnes handicapées (Reaume, 2014). Les CDS remettent en cause la définition biologique ou médicale du handicap, qui pathologise les différences corporelles et cherche à les corriger. Elles revendiquent au contraire une lecture sociale et politique du handicap et de son expérience, où le handicap est compris comme le produit d'environnements non adaptés, de normes capacitistes et de rapports de pouvoir interreliés (Reaume, 2014).

Appliquées à l'anorexie, les CDS permettent de repenser le trouble non comme pathologie individuelle, mais comme une expérience traversée par des normes sociales et des violences structurelles. Tierney (2001) souligne que si l'anorexie n'est habituellement pas considérée comme un handicap, l'application du modèle social du handicap³ pourrait être

³ Selon le modèle social, le handicap proviendrait d'une interaction entre une incapacité ou déficience (*impairment*) et un environnement non adapté à celle-ci. Les personnes seraient placées en situation de handicap car la société n'accomode pas leur différence ou leur manière différente de vivre : le handicap est ainsi compris comme une construction sociale. En outre, contre le récit de victimisation, d'infantilisation et de prise en pitié des personnes handicapées, le modèle social affirme la possibilité de célébrer le handicap, d'en faire une fierté et non quelque chose à guérir ou surmonter. Le modèle social a émergé en réaction au modèle médical,

bénéfique pour saisir les oppressions vécues par les personnes anorexiques et améliorer la compréhension de l'anorexie comme problème social. En ce sens, l'anorexie pourrait être envisagée comme une forme d'incapacité socialement construite, renforcée par les normes corporelles, médicales et genrées.

Il existe encore très peu de travaux analysant de la sorte la pertinence théorique de l'intégration de l'expérience anorexique en *disability studies*. Pourtant, au-delà de l'application du modèle social à l'anorexie, les concepts des CDS permettent d'interroger en profondeur la pathologisation du corps féminin, la néolibéralisation des problèmes de santé (notamment dans les structures de traitement), ainsi que le rôle de l'institution psychiatrique comme organe de pouvoir. Il devient alors nécessaire d'être critique envers le paradigme biomédical, mais aussi la psychiatrie dans son ensemble, en tant qu'institution productrice de normes, de catégories et de hiérarchies.

Les théories anti-psychiatriques offrent ainsi un cadre précieux pour remettre en cause l'objectivité supposée des diagnostics, la médicalisation des souffrances et les logiques de contrôle à l'œuvre dans les institutions de soin (Szasz, 1961). Elles dénoncent la psychiatrisation comme outil disciplinaire (Foucault, 1961), particulièrement envers les femmes et les personnes marginalisées, et aident à interroger la manière dont l'anorexie et la souffrance féminine est encadrée, traitée et parfois réduite au silence par les dispositifs institutionnels (Showalter, 1985). Les mouvements anti-psychiatrie permettent également de remettre en question les frontières entre « sain » et « pathologique », naturalisées plutôt que d'être reconnues comme historiquement et socialement construites.

selon lequel le handicap serait au contraire naturel et situé dans le corps. Le modèle médical insiste sur la responsabilité individuelle et considère le handicap comme négatif, comme un problème à éliminer. Les théoricien.ne.s des CDS et des *feminist disability studies* ont cependant souligné les limites du modèle social. L'une des principales critiques est la minimisation de la réalité des souffrances et des douleurs découlant directement du corps, et non de la société (Shakespeare, 2006). Certaines personnes ayant des maladies chroniques peuvent par exemple vouloir s'en débarrasser et non les célébrer, remettant en cause la binarité entre déficience (naturel) et handicap (social) : les deux seraient ainsi à la fois construits socialement et expérimentés physiquement.

Toutefois, bien que ces apports soient essentiels à une lecture critique de la psychiatrie, ma recherche s'inscrit davantage dans la tradition des « *mad studies* », qui en constitue à la fois un héritage et une rupture. Les *mad studies* sont un champ d'étude interdisciplinaire et ancré dans les mouvements des survivant.e.s de la psychiatrie. Là où l'anti-psychiatrie tend à rejeter le système psychiatrique dans son ensemble, les *mad studies* (voir par exemple Beresford & Russo, 2021 ou LeFrançois *et al.*, 2012) proposent une posture plus ambivalente, qui permet de reconnaître la complexité des rapports que les personnes psychiatisées entretiennent avec le diagnostic, le traitement et la médication. Contrairement à l'anti-psychiatrie, les *mad studies* permettent par exemple de penser les formes de réappropriations et de reconfigurations possibles de l'identité anorexique. Elles permettent également de penser des vécus apparaissant comme contradictoires, comme l'hospitalisation comme lieu à la fois de surveillance, de restrictions, mais aussi de reconnaissance et parfois de soutien. Finalement, la tradition des *mad studies* m'aidera à repenser la « guérison » contre les discours médicaux hégémoniques, non en tant que retour linéaire à la normalité mais comme un processus situé, souvent inachevé et parfois refusé. Si les champs de l'anti-psychiatrie et des *mad studies* ont abondamment traité de la dépression, de la psychose, de la schizophrénie ou encore de la bipolarité, très peu de textes abordent les troubles alimentaires. Dans cette optique, Schott & Langan (2024) revendiquent la création d'un champ de « *critical eating dis/order studies* », informé par les *mad studies*, critiquant la violence de l'industrie psychiatrique et priorisant la voix des individus étiquetés comme « *eating disordered* ».

Fat studies et redéfinition des normes corporelles

Quant aux *fat studies*, leur émergence en tant que champ académique institutionnalisé est récente : souvent datée aux années 2005-2010, elles puisent leurs racines dans les théories

féministes, mais aussi les mouvements militants dénonçant la grossophobie⁴ et le manque de représentations des corps gros (Rousseau, 2016). Influencés par les travaux féministes sur le corps, les normes de minceur et dans une moindre mesure les troubles alimentaires, les *fat studies* s'opposent aux discours biomédicaux sur l'« obésité », omniprésents depuis les années 1990 (Rousseau, 2016). Elles remettent en cause la conception hégémonique du poids, dénoncent la culture des régimes⁵ et montrent que la minceur est une norme sociale et politique traversée par le racisme, le sexisme, le classisme et le capacitisme (Strings, 2019).

Les chercheur.se.s en *fat studies* ont souligné la stigmatisation et l'exclusion persistantes des personnes grosses dans les institutions médicales, y compris dans le champ des troubles alimentaires. LaMarre *et al.* (2017) rappellent que les récits des personnes grosses « are often missing from literature detailing the “successes” of eating disorder prevention. This omission particularly applies to those whose bodies are multiply marginalized » (p.247). Intégrer une perspective critique sur la santé et les normes corporelles dominantes est ainsi indispensable pour éviter de reproduire les biais grossophobes enracinés dans la recherche dominante sur les TCA.

Bien que les théories du handicap aient longtemps été réticentes à s'intéresser à la grosseur, l'émergence des *fat disability studies*, à l'intersection des deux champs précédents, apportent un éclairage précieux sur la façon dont les corps gros sont handicapés par un environnement matériel, symbolique et institutionnel inadapté et stigmatisant

⁴ La grossophobie est un système d'oppression stigmatisant les personnes grosses et produisant des discours de haine et de peur envers ces dernières. La grosseur est considérée comme péjorative, inesthétique, pathologique, honteuse et incompatible avec le bonheur et la bonne santé, particulièrement pour les corps gros féminins. Les personnes grosses sont culpabilisées et considérées comme des individus paresseux manquant de volonté, dans une société néolibérale valorisant la discipline et la maîtrise de soi. Les personnes grosses subissent des discriminations grossophobes à l'embauche, dans l'espace public ou encore les transports, sont victimes de violences médicales, de harcèlement, et de discours infantilisants et culpabilisateurs.

⁵ Selon la diététicienne Christy Harrison (2018), la culture des régimes, ou culture des diètes (*diet culture*) est un système de croyance qui : prône la minceur et l'associe à la santé, au bonheur et à la vertu morale, encourage la perte de poids, de façon à nous faire perdre temps, énergie et argent à essayer de maigrir, idéalise un modèle de beauté inaccessible, diabolise et rend honteux certaines façons de manger et certains corps, et opprime et discrimine les personnes ne correspondant pas aux normes de minceur et à l'image supposée de la « santé ». La culture des régimes vise disproportionnellement certains corps, et elle encourage des comportements ayant un effet négatif sur notre relation avec la nourriture et notre corps, pouvant mener au développement de TCA.

(Garland-Thomson, 2005 ; Mollow, 2015). Dans le contexte de l'anorexie, ces approches permettent de dépasser une lecture psychologisante des corps « anormaux », pour réinscrire le trouble dans un ensemble de normes corporelles, de violences symboliques et de systèmes de pouvoir. Les *fat disability studies* offrent donc une voie critique pour repenser l'anorexie en dehors du cadre biomédical dominant, en proposant des alternatives critiques et transformatrices qui reconnaissent la complexité des rapports au corps. Elles mettent en lumière la manière dont les injonctions à la minceur, à la santé (santéisme⁶) et à la validité affectent particulièrement et de façon spécifique les corps féminins, notamment ceux qui dévient des normes esthétiques, fonctionnelles ou comportementales.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité est une théorie visant à étudier l'articulation des différents rapports de pouvoir et à « appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée » (Bilge, 2009, p.70). Le terme a été développé en 1989 par Kimberlé Crenshaw, juriste américaine ayant pointé les lacunes de la loi pour traiter le cas d'une femme noire discriminée au travail. Il s'agit donc d'une théorie s'inscrivant dans l'expérience des femmes afro-américaines, ayant émané du besoin de combattre l'oppression particulière vécue par les femmes noires, au croisement du genre et de la « race ».

L'intersectionnalité est devenue particulièrement populaire à partir des années 2000, permettant de mettre en avant la complexité et la diversité des identités. Bilge (2009) explique que l'intersectionnalité opère à deux niveaux : microsocial (impact des systèmes d'oppression sur les individus) et macrosocial (remise en cause de la manière dont ces systèmes fonctionnent et construisent les inégalités). L'intersectionnalité permet ainsi

⁶ Dans son article fondateur de 1980, Crawford définit le santéisme (*healthism*) comme un discours plaçant la responsabilité de la santé sur les individus et leur mode de vie (alimentation, exercice physique), plutôt que sur les déterminants sociaux de la santé (pauvreté, éducation, accès aux soins, etc.). Cette idéologie a pour conséquences une valorisation plus grande de la vie des personnes en bonne santé, une autosurveillance des individus, ou encore un impératif moral à rechercher constamment la santé (Crawford, 1980).

d'étudier à la fois les identités et les structures sociales. L'intersectionnalité ne devrait selon Bilge (2009) pas être additive ou cumulative, mais constitutive, puisque les systèmes sont interdépendants et se construisent mutuellement. Il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'une multiplicité de systèmes d'oppression fonctionnant séparément, il faut également prendre en compte leur imbrication, qui forme une expérience unique de la discrimination.

Il existe un manque criant d'analyse intersectionnelle de l'expérience de l'anorexie (Burke *et al.*, 2020). Les données qualitatives sont relativement nombreuses sur le genre, mais manquent notamment concernant l'expérience des populations racisées, noires et autochtones. Pourtant, l'expérience et la compréhension des troubles alimentaires et de la grossophobie sont façonnées par le genre, mais aussi la « race », la classe sociale, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle ou encore la colonisation, qui façonnent la hiérarchisation des corps. La « race » est par exemple centrale dans la construction des normes alimentaires et corporelles et dans la pathologisation des corps gros (Strings, 2019) et la soi-disant épidémie d'« obésité » est éminemment racialisée (Mollow, 2015). Malgré cela, les participantes non-blanches sont sous-représentées dans les échantillons des recherches sur les TCA (Egbert *et al.*, 2022) et les personnes racisées ayant des troubles alimentaires sont deux fois moins souvent diagnostiquées ou orientées vers des centres de traitement que les personnes blanches (Sonneville & Lipson, 2018). En outre, le diagnostic d'anorexie émerge en lien avec les reconfigurations capitalistes transformant le corps mince en un signe de distinction de classe pour les femmes. Si l'anorexie atteint maintenant tous les milieux sociaux et culturels, « nearly all of the literature ignores the question of anorexic women's social class and cultural backgrounds » (Székely, 1989, p.189). Bien qu'il soit pertinent d'analyser les régimes comme s'inscrivant dans la performance à l'hétérosexualité (Mollow, 2015), on peut également regretter un manque de données sur la relation entre anorexie et lesbianisme (Holmes, 2016). Plus largement, il existe une invisibilisation dans la littérature de

l'expérience des minorités sexuelles ayant des TCA, alors même que certaines statistiques suggèrent une plus grande incidence, particulièrement chez les hommes homosexuels et transgenres (Diemer *et al.*, 2015 ; Parker & Harriger, 2020).

Cependant, l'intersectionnalité contemporaine apparaît aujourd'hui parfois comme « une simple formule vidée de son contenu » (Bilge, 2009, p.78). Il ne s'agit pas seulement de nommer la diversité, mais également d'en tenir compte, notamment dans la conception de la méthode et la relation entre chercheur.se et sujets de recherche. De plus, avant d'être une théorie, l'intersectionnalité est avant tout une pratique du changement social, et ainsi une recherche adoptant une approche intersectionnelle doit viser l'émancipation et la transformation du monde, et non seulement une compréhension plus nuancée et complète du phénomène étudié. Dans ce projet, l'intersectionnalité se traduit par exemple par la considération des participant.e.s comme des égales, la remise en question de la neutralité du savoir par un positionnement situé, ou encore l'inscription de la recherche dans un horizon de justice sociale.

Épistémologies situées et usager.e.s de soins

Cette recherche s'inscrit également dans le cadre des épistémologies situées, qui reconnaissent que toute production de savoir est contextuelle, située et incarnée (Haraway, 2007 ; Harding, 1991). Les épistémologies situées mettent également en avant la position privilégiée de certaines personnes dans le développement du savoir. En effet, comme l'explique Haraway (2007), les savoirs les plus transformateurs sont souvent ceux qui proviennent des marges et des personnes concernées elles-mêmes : « Les points de vue "assujettis" sont privilégiés parce qu'ils semblent promettre des récits du monde plus adéquats, plus soutenus, plus objectifs, plus transformateurs » (p.119). En ce sens, le savoir produit par les personnes vivant avec l'anorexie n'est pas un simple témoignage, mais une source épistémique légitime, permettant de déstabiliser les prétentions à la neutralité du

savoir médical. En reconnaissant ces savoirs expérientiels comme légitimes, cette recherche s'inscrit dans une démarche de revalorisation de la capacité des participant.e.s à produire du sens, une approche rejoignant les *disability studies* et leur valorisation des savoirs dits « profanes » des personnes handicapées.

Cette reconnaissance épistémique s'articule également avec les réflexions issues de la psychiatrie critique et des mobilisations collectives des personnes psychiatisées. Celles-ci remettent notamment en question la position passive attribuée aux patient.e.s par les discours médicaux et scientifiques, affirmant que les personnes ayant une expérience du soin sont à même de produire des savoirs légitimes sur leur vécu, le traitement et la « guérison ». Dans cette lignée, Stengers (2013), appelle à l'intégration des savoirs dits « profanes » dans la production des connaissances, en reconfigurant les hiérarchies épistémiques entre expert.e.s et individus vivant l'espace thérapeutique. Cette perspective s'ancre dans des expériences cliniques pionnières, comme celle de la clinique de La Borde, fondée par les figures de la psychothérapie institutionnelle Jean Oury et Félix Guattari. Dans cette clinique, le soin est considéré comme un processus collectif et les patient.e.s participent à la vie quotidienne de l'institution, rompant avec la séparation entre les « normaux » et les « malades ».

C'est dans cette tradition que s'inscrit cette recherche en accordant une valeur épistémique pleine aux récits de personnes vivant avec l'anorexie, non comme témoignages à illustrer ou interpréter, mais comme formes de savoir en elles-mêmes. Elle reconnaît l'autorité épistémique des usager.e.s sur leur trouble et leur « guérison », tout en interrogeant la manière dont les institutions médicales continuent de délégitimer certaines voix. Il ne s'agit donc pas seulement d'étudier ces vécus, mais de les mettre en tension avec les normes qui rendent certains récits recevables et d'autres inaudibles.

Qu'est ce que l'anorexie ? Qu'est ce que le « traitement » ?

En cohérence avec ce cadre théorique, cette recherche situe l'anorexie comme phénomène collectif et social (plutôt qu'individuel et médical), et s'oppose ainsi à la définition biomédicale pathologisante de ce phénomène, présentée en introduction. Il n'est donc pas tant important ici de définir ce qu'est l'anorexie⁷ que d'étudier sa construction sociale à l'intersection du sexisme, de la grossophobie, du racisme, ou encore du classisme. Ce qui importe sont donc les expériences incarnées des personnes vivant l'anorexie, ce qu'elles font et pensent, et comment leurs récits permettent de comprendre l'anorexie comme une expérience façonnée par des normes sociales et des rapports de pouvoir.

Dans cette perspective, le terme « traitement », dans cette recherche, ne renvoie pas uniquement aux soins médicaux ou psychiatriques, mais plus largement à l'ensemble des pratiques, dispositifs, normes et discours qui prennent en charge l'anorexie. Cela inclut les hospitalisations, les suivis psychothérapeutiques, les prescriptions, les groupes de parole, les suivis en clinique de jour, les approches alternatives (art-thérapie, accompagnement communautaire, soutien en ligne), mais aussi les formes de contrôle social et moral qui encadrent les conduites alimentaires et corporelles. Autrement dit, le traitement ne se limite pas aux institutions médicales : la société elle-même, via ses normes, ses discours, ses attentes, participe à la régulation des comportements alimentaires et corporels, souvent sous couvert d'injonctions à la santé. Le traitement est donc compris ici comme un espace traversé par des rapports de pouvoir, où s'exercent des tensions entre accompagnement et coercition, entre soin et discipline.

Ainsi, ce cadre théorique vise à déplacer l'analyse de l'anorexie hors des catégories médicales et pathologisantes, pour en faire un objet féministe, politique et critique, articulant

⁷ En ce sens, le terme « anorexie » est utilisé dans cette recherche, plutôt que celui d'« anorexie mentale », dans le but de se distinguer de la définition pathologisante du DSM-5.

études critiques du handicap, *fat studies*, intersectionnalité, épistémologies situées, théories anti-psychiatriques et savoirs des usager.e.s.

Méthodologie

Stratégie de collecte des données

Sept entrevues semi-directives individuelles ont été menées dans le cadre de cette étude, toutes réalisées à distance via la plateforme Zoom. D'une durée moyenne d'une heure, ces échanges visaient à laisser la place aux récits des personnes concernées, en suivant un guide d'entrevue souple, adaptable selon les vécus partagés. Les critères de sélection des participant.e.s étaient de s'identifier comme femme ou comme personne non-binaire ayant été socialisée comme femme, d'être majeur.e (18 ans ou plus), de pouvoir s'exprimer en français, ainsi que d'avoir une expérience passée ou présente d'anorexie. Cette méthode de recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa, le 11 octobre 2024. Le certificat d'approbation figure en Annexe A.

Le recrutement s'est fait par une combinaison de canaux universitaires, communautaires et numériques afin de tenter de rejoindre un public aussi vaste et varié que possible, y compris des voix habituellement marginalisées dans la littérature scientifique. L'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB), qui offre divers services de soutien au Québec, a publié l'appel à participation sur son site web. Des affiches ont été placardées sur le campus de l'Université d'Ottawa et l'Institut d'études féministes et de genre a partagé l'annonce de recrutement à ses étudiant.e.s par courriel. À cela s'ajoutent des publications sur les réseaux sociaux (*Instagram, Facebook, Reddit, LinkedIn, X*).

Au total, 29 personnes ont rempli le formulaire de présélection, comportant des questions sociodémographiques afin de constituer un échantillon diversifié, et dix participant.e.s ont été sélectionné.e.s en tenant compte de ces critères, parmi lequel.le.s sept ont finalement complété une entrevue, les trois autres n'ayant plus donné suite après les

premiers échanges. Pour sélectionner les dix participant.e.s dans une perspective intersectionnelle, une attention particulière a été portée à la diversité des profils en termes d'identités sociales, notamment en priorisant la participation de personnes racisées ou autochtones, dont les expériences sont souvent marginalisées dans les recherches sur les troubles alimentaires. Les réponses au questionnaire ont également permis d'identifier des parcours cliniques variés, avec une importance accordée à celles et ceux ayant eu une expérience d'hospitalisation ou de traitement institutionnel, en cohérence avec l'objectif de la recherche centré sur la critique des modalités de soin. Par souci éthique, les personnes connues de la chercheuse ont été exclues de la sélection. De plus, les personnes ayant indiqué ne pas être à l'aise pour s'exprimer en français ont été écartées afin de garantir des conditions optimales pour la réalisation des entrevues, qui avaient lieu exclusivement en français.

Le profil des participant.e.s reflète une diversité de parcours, de positions sociales et d'expériences de soin. Parmi les participant.e.s, cinq sont des femmes et deux des personnes non-binaires. Quatre résident au Canada, trois en Suisse, dont deux avec une double citoyenneté. Cette forte proportion de participant.e.s provenant de la Suisse s'explique par les hasards de la diffusion de mon appel à participation sur les réseaux sociaux et non par une volonté méthodologique. Si les différences culturelles entre le système médical canadien et suisse seront évoquées dans la présentation des résultats, en ce qu'ils influencent les récits recueillis, cette thèse ne s'inscrit pas dans une démarche comparative systématique. Les participant.e.s sont âgé.e.s de 21 à 33 ans, avec une majorité (cinq sur sept) dans la tranche d'âge 20-25 ans. Cette sous-représentation des participant.e.s plus âgé.e.s est probablement liée aux méthodes de recrutement (réseaux sociaux, campus universitaire), qui ont tendance à rejoindre un public plus jeune. Le niveau de vie des participant.e.s est hétérogène, avec trois personnes s'identifiant comme appartenant à une classe sociale « aisée », deux « moyenne », deux « moyenne à pauvre » et une « pauvre ». Trois personnes s'identifient comme racisées

(noire, asiatique, arabe), quatre comme handicapées, six comme LGBTQ+, deux comme grosses, certain.e.s cumulant plusieurs de ces identités minorisées. Bien que restreint, cet échantillon remet donc déjà en question l'image stéréotypée de la personne anorexique (jeune, blanche, hétérosexuelle, femme cisgenre, issue d'un milieu aisé), avec une surreprésentation de personnes LGBTQ+ et une représentation importante de personnes racisées, non binaires, grosses, handicapées et issues d'un milieu social non privilégié. Cette composition, qui reflète un choix méthodologique délibéré, offre une opportunité précieuse d'entendre des voix rarement mises au centre dans la recherche sur les TCA, et de questionner les normes épistémiques qui rendent certaines expériences plus visibles, audibles ou crédibles que d'autres.

En ce qui concerne leur rapport à l'anorexie, deux personnes disent vivre actuellement avec le trouble, tandis que cinq décrivent une expérience à la fois passée et actuelle, marquée par des rechutes, une instabilité ou une rémission partielle. Les parcours de traitement sont également multiples : quatre participant.e.s ont connu au moins une hospitalisation pour anorexie, toutes suivent une psychothérapie, et six ont recours à des formes de soutien dites « alternatives », c'est-à-dire non médicalisées, telles que l'art-thérapie ou les espaces numériques. L'échantillon apparaît donc comme relativement divers au regard de la diversité des expériences de traitement, permettant d'analyser le soin comme un espace pluriel ne se déployant pas uniquement au sein des institutions médicales spécialisées.

Avant chaque entrevue, j'ai rappelé aux participant.e.s leurs droits : anonymat, possibilité de refuser une question et de mettre fin à l'entretien à tout moment. Leur consentement à l'enregistrement audio-visuel a été demandé oralement. Le guide d'entrevue, disponible en Annexe B, a été adapté selon les échanges, avec un nombre de questions variant entre 11 et 17, pour respecter le rythme des personnes interrogées, leurs spécificités identitaires, ainsi que les cadres subjectifs de chaque récit.

Cette méthodologie, centrée sur les personnes concernées, la valorisation de leurs savoirs et la reconnaissance de leur agentivité, est importante compte tenu des lacunes soulevées par ma revue de littérature, soit la réduction du genre à un facteur de risque, la médicalisation univoque des vécus, et surtout l'absence de prise en compte des subjectivités anorexiques comme productrices de sens. Mon positionnement méthodologique part du principe que les personnes concernées par les TCA sont expertes de leur propre vie, et que leurs « self-understandings » constituent déjà une contestation d'un pouvoir médical qui s'érige comme autorité compétente sur l'expérience des patient.e.s. C'est une des critiques adressées au modèle biomédical, soit son fonctionnement sur un modèle paternaliste et presque autocratique : la patiente ne détiendrait pas l'autorité sur son propre cas, elle serait irrationnelle et devrait être ramenée à la raison (Katzman & Lee, 1997). Ces rapports de pouvoir hiérarchiques patient.e.s-médecins doivent être contestés par les approches féministes, qui ont au contraire actuellement tendance à les reproduire. Un des objectifs de cette méthodologie fut ainsi de réduire autant que possible la hiérarchie entre chercheuse et participant.e.s : en intégrant un positionnement situé et réflexif, je reconnais que je ne suis pas une observatrice extérieure ou désincarnée, mais une interlocutrice engagée, participant à la co-construction du sens. Il ne s'agit donc pas d'effectuer une recherche *sur* les personnes anorexiques, mais bien à partir de leurs expériences et savoirs, en évitant de parler d'elles sans elles.

Stratégie d'analyse des données

Pour interpréter les données recueillies lors des entretiens, une méthode d'analyse thématique a été utilisée, appuyée sur une démarche abductive. Selon Braun & Clarke (2006), l'analyse thématique permet d'identifier, d'analyser et d'interpréter des motifs ou thèmes récurrents dans un ensemble de données qualitatives. Elle peut être déductive (les données

sont analysées pour illustrer une théorie préexistante) ou inductive (les catégories d'analyse sont identifiées à partir des données, sans orientation préalable). Ma démarche s'inscrit plutôt dans une approche abductive (Timmermans & Tavory, 2012), en ce qu'une orientation théorique précise guide mon regard, en laissant place à des reconfigurations selon les récits des participant.e.s. Autrement dit, les récits des participant.e.s ont été analysés en dialogue avec un cadre féministe critique, sans chercher à faire émerger des catégories de manière inductive pure, ni à appliquer rigoureusement une théorie préexistante. Comme l'expliquent Timmermans et Tavory (2012), « Rather than engaging with the scholarly literature at the end of the research project, as inductivist approaches have often advised, abduction assumes extensive familiarity with existing theories at the outset and throughout every research step » (p.173). Cette posture méthodologique m'a permis d'articuler savoirs expérientiels et outils théoriques critiques, dans une logique de co-construction du sens et d'écoute active des voix des participant.e.s.

Selon Braun & Clarke (2006), l'analyse thématique se décline en six étapes : la familiarisation avec les données, le codage initial, la recherche de thèmes, la révision des thèmes, la définition et nomination des thèmes, et enfin la rédaction du rapport. Lors de l'étape de familiarisation, j'ai d'abord transcrit intégralement les entrevues à l'aide du logiciel Transkriptor, avant de réécouter attentivement chaque entretien pour corriger manuellement dans les verbatims les erreurs de transcription, ajouter les silences, les hésitations, le ton, le langage non verbal, etc., pour restituer la richesse expressive des récits. Après la retranscription, j'ai lu attentivement chaque entretien pour m'imprégner du matériel et commencer à repérer les échos entre les récits et la littérature : cette lecture n'est donc pas neutre, je lis depuis un lieu théorique, féministe et critique.

Ensuite, j'ai analysé manuellement les verbatims lors de l'étape de codage initial. Sans sur-interpréter, il s'agissait de dégager des idées dominantes pour faire émerger des

catégories d'analyse dépassant l'expérience d'individus isolés les uns des autres. J'ai fait émerger des points communs et des tensions entre les récits des participant.e.s, tout en maintenant une posture critique et réflexive sur les systèmes d'oppression et les rapports de pouvoir qui traversent ces expériences. Certains codes ont été inspirés par mon cadre théorique (par exemple « infantilisation », « violence institutionnelle », « dépossession dans le soin ») tandis que d'autres ont émergé naturellement des récits (« cohabitation avec le trouble », « soutien en ligne », « neurodivergence ignorée »). Lors de l'étape suivante, la recherche de thèmes, j'ai regroupé ces mêmes codes en thèmes potentiels, selon les récurrences et les contrastes entre les récits. Par exemple, les codes « refus de soin » et « autodéfinition du trouble » ont pu être regroupés dans un thème plus large, « résistance au paradigme biomédical ». Conformément à ma posture abductive orientée théoriquement, les thèmes n'ont pas été « découverts » de manière neutre, mais élaborés en dialogue avec mon cadre théorique féministe critique, nourri par les *disability studies*, les *fat studies*, les théories anti-psychiatriques et les épistémologies situées. Les thèmes ainsi construits ne sont pas envisagés comme des catégories fixes, mais des points d'appui pour penser l'expérience de l'anorexie au-delà des grilles biomédicales, à partir de ce qu'en disent les personnes concernées elles-mêmes.

Lors des étapes de révision, de définition et de nomination des thèmes, j'ai affiné les thèmes en m'assurant de leur cohérence, de leur distinctivité et de leur pertinence par rapport à la question de recherche et au cadre théorique. Ce travail a permis d'esquisser la structure de mon plan en trois grands chapitres thématiques, subdivisés en sous-parties. Pour finir, lors de l'articulation finale de l'analyse, j'ai mis en relation chaque thème avec des extraits significatifs de données, des auteur.ice.s, des concepts et des théories.

Limites de la méthode

Malgré le soin apporté à l'élaboration de cette recherche, des limites d'ordre méthodologique doivent être reconnues. En premier lieu, l'échantillon est restreint (sept participant.e.s), ne permettant ni la généralisation des résultats ni la prise en compte de l'hétérogénéité des expériences anorexiques. L'objectif de cette recherche n'est pas de produire des données représentatives, mais de mettre en lumière certains motifs récurrents, tensions ou perspectives critiques à partir d'un nombre limité de récits situés. De la même façon, cette étude repose uniquement sur des entretiens semi-directifs individuels, sans triangulation méthodologique avec d'autres données, ce qui limite la possibilité de croiser les récits recueillis avec d'autres formes de discours, ou de mettre en évidence d'éventuels écarts entre subjectivités et pratiques.

Par ailleurs, le canal principal de recrutement a été le réseau social Instagram, qui a pour avantage d'avoir rejoint un public en dehors des cercles universitaires ou politisés, mais a introduit certains biais. D'une part, il a contribué à une surreprésentation d'une tranche d'âge jeune (20–25 ans) dans mon échantillon, typique de cette plateforme. D'autre part, la circulation non maîtrisée de l'appel à participation sur les réseaux sociaux a mené à une forte proportion de participant.e.s résidant en Suisse. Si la présence de deux contextes culturels distincts (canadien et suisse) enrichit l'analyse, elle rend également difficile l'ancrage des résultats dans un cadre socio-médical cohérent et limite la portée contextuelle de certaines analyses.

La méthode d'enquête par entretiens soulève un enjeu particulier dans le cas de l'anorexie, car comme le soulève Godin (2014), le cadre diagnostique et éventuellement hospitalier a déjà imposé une certaine conception du trouble à la personne interrogée, qui influence la façon dont elle comprend, nomme et raconte son expérience. C'est ce que Saukko (2008) exprime clairement lorsqu'elle dit « my experience of anorexia is only

accessible to me through the diagnostic discourse [...] there is no anorexic me outside of these stories that have become me » (p.17) : son expérience de l'anorexie ne peut être séparée du discours biomédical qui la constitue. Ainsi, les récits produits lors des entretiens ne sont pas « bruts », mais s'élaborent dans un univers discursif déjà (sur)chargé de sens (Godin, 2014), ce qui complexifie l'idée même de « donner » la parole.

En outre, bien que l'approche abductive permette une lecture située et critique des données, elle repose sur une familiarité avec certaines grilles théoriques et peut donc restreindre l'espace pour des formes de sens plus inattendues, ambiguës ou dissonantes avec ces cadres. Il existe ainsi un risque que certaines dimensions des récits soient moins mises en lumière si elles ne résonnent pas immédiatement avec les concepts mobilisés. Cette posture analytique m'a confrontée à un dilemme méthodologique formulé avec justesse par Saukko (2008) dans son livre : « How to be true to the voices of the anorexic women and, at the same time, critically assess the discourses that form the very material of which their voices are made? » (p.77). Il ne s'agit pas seulement d'écouter les récits, mais de résister à la tentation d'en faire des illustrations d'idées préexistantes. Ce décalage est apparu par exemple lorsque j'ai mobilisé les *disability studies* pour penser l'anorexie comme une forme de handicap socialement produit (chapitre 3.4), car aucun.e des participant.e.s à qui j'ai posé cette question ne s'est reconnue dans cette appellation pour désigner son TCA. Je me suis alors demandé comment théoriser l'anorexie comme un handicap sans disqualifier la parole des personnes concernées ni réduire leur refus à une simple intériorisation du capacitisme. Plutôt que de forcer une cohérence entre cadre théorique et données, j'ai choisi d'explorer cette ambivalence en me demandant ce que signifiait ce rejet du terme « handicap ». Par exemple, il est possible que l'identification au terme soit d'autant plus socialement difficile pour les personnes racisées, pour qui cette étiquette peut renforcer des formes d'altérisation déjà

vécues. En ce sens, les dissonances entre mes cadres théoriques et les discours recueillis ne sont pas des échecs analytiques, mais des lieux fertiles de réflexion.

Plus largement, cette tension renvoie à une asymétrie incontournable dans toute recherche qualitative : les récits recueillis sont toujours repris, découpés et interprétés depuis la position du ou de la chercheur.se. Consciente de cette asymétrie, j'ai proposé à chaque participant.e de relire la recherche avant son dépôt. Trois personnes sur sept l'ont souhaité. Si ce geste ne supprime pas l'écart entre les voix recueillies et leur traitement analytique, il vise à redonner un certain pouvoir de regard sur le produit final aux personnes concernées, ainsi qu'à restituer le sens à celles et ceux qui ont contribué à le créer.

Déclaration de positionnalité

Il est important dans toute recherche d'adopter une démarche autocritique vis-à-vis de sa positionnalité, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques sociales et des expériences de vie, influençant, entre autres, les choix de recherche, ainsi que le processus de collecte et d'interprétation des données. Mon analyse ne peut être exempte de biais liés à ma position privilégiée dans certains des rapports de pouvoir que j'examine. Comme femme mince, je n'ai jamais expérimenté l'invisibilisation dans les soins et la stigmatisation constante que subissent les personnes grasses ayant des TCA, ce qui peut m'avoir amenée à ne pas saisir pleinement la façon dont le poids devient un obstacle concret à la reconnaissance (institutionnelle, mais aussi par les pairs) de la souffrance. De la même façon, en tant que personne blanche, les expériences de sexualisation précoce et d'hypervisibilité rencontrées par les personnes racisées que j'interroge peuvent m'échapper si je ne m'efforce pas de décentrer mon regard.

J'ai néanmoins une expérience personnelle de l'anorexie : en tant que femme ayant appartenu pendant plusieurs années au groupe social que j'étudie, ma position est celle d'une *insider-outsider*. S'il s'agit d'une position privilégiée pour établir une relation de confiance

avec les personnes interrogées (autour d'expériences, de références et d'un langage communs), elle implique également un travail réflexif constant sur les proximités et les écarts entre mes propres expériences et celles qui me sont confiées, notamment car des privilèges m'ont protégé de certaines formes d'invisibilisation ou de violences rencontrées par d'autres dans les institutions de soin. Ce positionnement a eu des effets concrets lors des entretiens : le partage d'un vécu avec le trouble alimentaire, ainsi que d'un rapport critique aux normes corporelles et à la psychiatrie, ont souvent facilité l'échange, voire permis l'instauration d'un espace de parole plus horizontal, dans lequel les participant.e.s n'avaient pas nécessairement à justifier ou sur-expliquer leurs expériences. Cependant, cette proximité n'efface pas les asymétries de pouvoir propre à toute recherche : la personne menant l'entretien reste celle qui pose les questions et interprète les propos recueillis à travers des outils théoriques.

Il n'est pas question d'universaliser mon propre vécu de l'anorexie ni de penser ces expériences comme unifiées, mais bien d'envisager une pluralité de trajectoires, dont certaines sont peut-être parfois difficilement compréhensibles depuis ma propre position. Un exemple de cette tension est apparu autour de la question de la « guérison ». Alors que je me considère aujourd'hui comme totalement « rétablie » de l'anorexie, aucune des personnes rencontrées n'a exprimé une telle position et beaucoup rejetaient cette possibilité même. Ce décalage m'a surpris, mais m'a aussi contraint à questionner les significations multiples du mot « guérir » et les effets normatifs qu'il peut produire. Ce moment de dissonance a donc enrichi, plutôt que contredit, ma posture critique à l'égard des définitions biomédicales du « rétablissement ». Dans cette perspective, les connaissances produites dans le cadre de cette recherche sont le fruit d'une rencontre entre les participant.e.s et moi-même. En tant que chercheuse, je ne suis pas une observatrice neutre ou désincarnée, mais présente dans l'échange par mes questions, mes réactions verbales et non verbales, mes relances. Ce faisant, je participe activement à la co-construction des récits et des significations que prennent les

expériences racontées. Reconnaître ce rôle, c'est aussi assumer que la subjectivité de la chercheuse fait partie intégrante du processus de production des savoirs.

Être une personne autiste a également modelé ma posture de chercheuse, particulièrement lors de la collecte des données. En effet, les normes neurotypiques façonnent les attentes en recherche qualitative : un bon.ne chercheur.se devrait savoir créer du lien, décoder les émotions implicites, mener la discussion avec fluidité, gérer les silences et les malaises, etc., des attentes pouvant conduire à considérer la neurodivergence comme une limite. Dans le cadre de cette recherche au contraire, ma neurodivergence a constitué une ressource méthodologique et épistémologique, contribuant à créer un climat de confiance avec certain.e.s de mes participant.e.s, dont la majorité étaient également neurodivergent.e.s, notamment par le biais de formes de communication non normatives. Ma neurodivergence m'a potentiellement permis d'être plus sensible à certains récits fragmentaires, ambivalents, ou exprimés dans un langage non conforme aux standards académiques. Cela montre que les modes d'attention, de présence et de communication atypiques, plutôt qu'être des manques, peuvent constituer des ressources enrichissant la démarche de recherche. Ils permettent d'ouvrir l'analyse à des formes de savoirs souvent marginalisées dans les protocoles de recherche traditionnels, en accueillant des récits qui échappent aux normes dominantes de clarté, de linéarité et de cohérence.

Chapitre 3 : Se nommer, se reconnaître

Le premier chapitre d'analyse des données pose la question de la reconnaissance à travers une déconstruction du concept de « l'anorexique ». En guise d'ancrage théorique, la première sous-partie revient sur les normes sociales qui déterminent qui peut se dire anorexique, mais surtout qui est cru et écouté : quels corps et quels récits sont jugés crédibles, et selon quels critères ? La seconde sous-partie prolonge cette réflexion en abordant les effets concrets du genre, de la « race » et du poids dans la production et la reconnaissance de la souffrance, afin de penser la stigmatisation des corps non « lisibles » comme anorexiques. La troisième sous-partie s'attache à analyser les enjeux identitaires autour du trouble, qu'il soit vécu comme une composante identitaire, une étiquette stigmatisante ou une catégorie permettant d'obtenir reconnaissance et légitimité. Finalement, je propose une relecture de l'anorexie à partir des théories critiques du handicap. La chronicité du trouble, la neurodivergence et les barrières sociales permettront de redéfinir ce que l'on reconnaît ou non comme une incapacité.

3.1 La reconnaissance comme enjeu politique

La reconnaissance de l'expérience subjective, que ce soit par les professionnel.le.s de santé, par l'entourage, et même par soi-même, n'est jamais neutre. Elle est façonnée par des normes sociales, qui définissent quels corps sont perçus comme crédibles et comme dignes de soins. Certains discours sont invalidés car ils ne correspondent pas à l'imaginaire collectif de l'anorexique, soit une femme cisgenre, mince, blanche, jeune et de classe aisée. Les récits que les individus produisent sur eux-mêmes dans un contexte de souffrance psychique ne sont pas tous également recevables : ils ne deviennent intelligibles qu'à la condition d'entrer dans les cadres narratifs reconnus par les institutions médicales ou psychiatriques. Ces dernières s'appuient sur des définitions normatives de ce que signifie « être malade » ou

« être en souffrance », des définitions qui, comme le souligne Kafer (2013a), sont construites par les institutions médicales et traversées de biais idéologiques. Selon elle, « medical representations, diagnoses, and treatments of bodily variation are imbued with ideological biases about what constitutes normalcy and deviance » (Kafer, 2013a, p.6).

À cela s'ajoute une injonction de transparence du trouble : la souffrance devrait se voir pour être reconnue. Plusieurs participant.e.s expriment le sentiment qu'un trouble alimentaire n'est reconnu comme légitime que s'il passe par des marqueurs visibles et biomédicalement validés : hospitalisation, sonde, IMC très bas, diagnostic formel.

Le stéréotype, c'est que t'es légitime dans ton anorexie si t'as été hospitalisé.e pendant hyper longtemps, si t'as eu une sonde, si t'as eu des poches, si t'as eu des compléments alimentaires, et si ça fait depuis que t'as genre 10 ans que tu souffres. (Loren⁸, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Dans certains pays, si t'as pas eu le tube, c'est genre, t'as pas été assez malade. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Les souffrances invisibles ou atypiques sont ainsi disqualifiées, socialement et parfois médicalement : le corps doit correspondre à un modèle visible pour être cru. Dans *Unhealthy Disabled*, Susan Wendell (2001) critique cette exigence sociale de lisibilité de la souffrance pour les corps handicapés, une exigence qui repose sur la visibilité corporelle, mais aussi sur la conformité morale. En effet, être perçu.e comme « véritablement souffrant.e » suppose de prouver sa souffrance, de montrer qu'on ne l'a pas causée ni entretenue soi-même. Les personnes ayant des maladies chroniques ou des handicaps invisibles sont donc soupçonnées de ne pas être vraiment malades/handicapées, tenues de se justifier en permanence et jugées moralement comme responsables de leur état (Wendell, 2001). De la même façon, le récit de l'anorexie est soumis à une double exigence de visibilité physique (maigreur), mais aussi de crédibilité morale (souffrance involontaire). Or, l'anorexie porte la marque d'un soupçon particulier : celui d'être un trouble auto-infligé, presque choisi. Cette suspicion entame la

⁸ Afin de garantir l'anonymat des participant.e.s, tous les prénoms utilisés pour s'y référer sont des pseudonymes.

légitimité de la parole des personnes concernées, car si l'on croit qu'elles ont elles-mêmes provoqué leur mal-être en cherchant à perdre du poids, alors leur souffrance perd de sa valeur morale. Cette exigence de non-responsabilité, que Wendell (2001) identifie pour les maladies chroniques et les handicaps invisibles, agit comme filtre de reconnaissance, alimentant la disqualification des récits anorexiques perçus comme volontaires ou ambigus.

Par conséquent, le récit de soi est toujours déjà pris dans des structures de reconnaissance : « the very terms by which we give an account, by which we make ourselves intelligible to ourselves and to others, are not of our making. They are social in character, and they establish social norms [...] within which our 'singular' stories are told » (Butler, 2005, p.21). Autrement dit, on raconte son histoire en fonction de ce que l'autre peut entendre, et de ce que les normes sociales définissent comme compréhensible ou recevable. Certains récits de mes participant.e.s critiquent l'image typique de l'anorexique, refusent la conception traditionnelle de la « guérison » ou racontent une trajectoire non linéaire, risquant l'inaudibilité dans le champ thérapeutique en déviant des récits attendus. Je les penserais ici non comme des récits incomplets ou incohérents, mais comme des formes de résistance aux normes de lisibilité du trouble.

Cette tension entre récit personnel et reconnaissance institutionnelle traverse de nombreux témoignages recueillis dans cette recherche. Les participant.e.s expriment que ne pas correspondre à l'image attendue d'un.e anorexique (faible poids, hospitalisation, tube nasogastrique, etc.) revient à voir son récit disqualifié, mais aussi à douter de sa propre légitimité à souffrir. À la question « est ce que le traitement t'a aidé ? », Clémence répond :

On dirait que la seule chose qui a fait en sorte que ça m'a aidée, c'est que ça m'a comme validée un peu dans mon trouble, ce qui est poché là, tu devrais pas avoir besoin de recevoir des soins pour être valide, mais il y avait comme une distinction entre les personnes qui ont été à l'hôpital, les personnes que non. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Maude-Sophie, qui a fait trois programmes en hôpital de jour mais n'a pas eu d'hospitalisation interne et a été diagnostiquée tardivement, exprime ce sentiment d'illégitimité et cette même reconnaissance lors de l'accès à un traitement :

Je pense que je me suis beaucoup sentie invalide dans mes struggles, dans mon vécu, mon ressenti pendant mon adolescence [...] ayant pas de diagnostic puis ayant pas été traité à Sainte-Justine⁹, souvent, j'étais comme, ben, en fait, [...] j'suis pas vraiment malade, t'sais. [...] Fait qu'une des choses qui m'a aidé, je pense, quand j'suis rentrée au Douglas¹⁰, c'est juste le fait d'être reconnue et d'avoir accès à un traitement. Je suis comme, en fait, je ne l'invente pas, genre, effectivement, ça ne va pas bien, puis il y a quelqu'un qui reconnaît ça. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Pour Clémence et Maude-Sophie, le fait d'être reconnues par une institution médicale devient un moment déterminant. Ce n'est pas seulement accéder à un soin, mais valider que ce qu'elles vivent est réel, grave, légitime. Leur expérience souligne à quel point le trouble doit être nommé et validé par une autorité reconnue pour être considéré comme réel et digne d'attention.

Butler (2005), s'appuyant sur Foucault, explique justement dans *Giving an Account of Oneself* qu'un régime de vérité offre les termes qui rendent la reconnaissance et l'auto-reconnaissance possibles. Si l'on remet en question les normes de reconnaissance, on risque la non-reconnaissabilité : « self-questioning of this sort involves putting oneself at risk, imperiling the very possibility of being recognized by others » (p.23). Avec Butler (2005) et Foucault (1976), on peut penser le diagnostic psychiatrique d'anorexie mentale comme l'expression d'un régime de vérité, c'est-à-dire d'un système discursif, médical et institutionnel qui détermine ce qui peut être dit, entendu et cru comme vérité sur le corps et la souffrance. Ce régime ne se limite pas au diagnostic en tant que tel, mais inclut les outils

⁹ CHU Saint-Justine, situé à Montréal, qui offre notamment des soins pour les mineur.e.s ayant des troubles alimentaires.

¹⁰ Institut universitaire en santé mentale Douglas, hôpital psychiatrique à Montréal, qui offre notamment des soins pour les adultes ayant des troubles alimentaires.

biomédicaux qui le rendent possible, tels que l'IMC et les critères du DSM. L'IMC¹¹, instrument de classement des corps présenté comme scientifique et neutre, est utilisé dans l'évaluation clinique de l'anorexie pour évaluer la sévérité du trouble, puis l'horizon de sa « guérison ». Il devient ainsi un critère de légitimité : sous un certain seuil, la personne est vraiment anorexique, au-dessus, elle n'est « pas assez » malade, sans prise en compte de la variabilité des corps. Quant au DSM, il définit ce qu'est l'anorexie en fixant des critères comportementaux et corporels (perte de poids, peur de grossir, distorsion de l'image corporelle, etc.). Depuis le DSM-3, les critères utilisés pour diagnostiquer les TCA ont été établis à partir de jeunes femmes minces, blanches, cisgenres et hétérosexuelles, impactant inévitablement quelles populations sont présentes dans les structures de traitement et quelles souffrances sont reconnues comme réelles (LaMarre *et al.*, 2022a). Celles qui ne correspondent pas à ces critères normatifs, en premier lieu celui du sous-poids, sont qualifiées d'« atypiques » :

People whose bodies do not fit the expected eating disorder (for instance, those who are not young, White, thin, and cisgender women) are often labelled “atypical” or as having “disordered eating”, perhaps further entrenching their sense of being abnormal (un/re/cognized) within a system that continues to privilege the young, White, thin, cisgender, able-bodied, and rich. (LaMarre *et al.*, 2022a, p.9).

Le DSM produit ainsi la norme tout en prétendant la décrire : en le suivant, les clinicien.ne.s fabriquent ce qu'est un « vrai » trouble alimentaire. Loin d'être de simples outils diagnostiques ou de soin, l'IMC et le DSM sont des instruments de pouvoir, qui gèrent les subjectivités et excluent les formes de souffrance illisibles.

¹¹ L'IMC, inclus dans la définition de l'anorexie dans le DSM-5 et de l'« obésité » par l'OMS depuis 1985, est un indicateur hérité d'un outil statistique mis au point en 1832 par le mathématicien belge Adolphe Quetelet. Ce dernier cherchait à établir les caractéristiques du « corps moyen » à partir d'un échantillon homogène d'hommes blancs européens, dans une visée de normalisation sociale, et non de mesure de la santé individuelle. L'histoire de l'IMC révèle ainsi son enracinement dans des normes eurocentriques, androcentriques et eugénistes, qui n'ont pas empêché son élévation au rang de norme médicale universelle (Wiley, 2025). Justin et Jette (2022) mettent en lumière le rôle biopolitique de cet outil dans la gouvernance contemporaine et la stigmatisation des corps gros, tandis que Hatch (2016) montre comment l'IMC contribue à la naturalisation du racisme, en participant à « construct race as a biological and genetic feature of bodies » (p.75).

De la même façon, la catégorie même de l'anorexie n'est pas neutre. Elle est historiquement et socialement construite à partir d'une figure spécifique (les femmes) et les critères mêmes de diagnostic (comme l'aménorrhée jusqu'en 2013) reflètent une féminisation du trouble (Darmon, 2007) autant qu'ils la renforcent. On peut alors se demander si les femmes sont plus souvent diagnostiquées parce qu'elles souffrent effectivement davantage, ou parce que la définition même du trouble est genrée. Bref, le discours biomédical sur l'anorexie fixe à l'avance qui est « vraiment » anorexique et qui ne l'est pas, façonnant les attentes sociales et produisant un cadre restreint de lisibilité.

Cette logique de reconnaissance n'opère pas seulement entre les personnes considérées comme souffrantes ou non, mais également à l'intérieur même des catégories diagnostiques. Un exemple parlant est l'opposition binaire entre le diagnostic d'anorexie et celui de boulimie. Darmon (2003) rapporte que l'anorexie tend à être socialement valorisée, car elle évoque l'auto-discipline, le contrôle, l'ascèse, des qualités perçues comme vertueuses, particulièrement chez les femmes blanches et de classe aisée. À l'inverse, la boulimie, et encore plus la boulimie hyperphagique, est exclusivement stigmatisée, associée à une forme de bassesse des besoins du corps. Dans son enquête, Darmon (2003) observe chez plusieurs de ses participantes une crainte de « basculer » dans la boulimie, associée à un déclassement. Ce sentiment m'a également été confié par Maude-Sophie, qui exprime son angoisse face à cette possibilité :

Moi, ma plus grande peur de troubles alimentaires, ça serait de développer des *binges*. Ça, ça serait le bout de ma vie. Je suis comme, oublie ça. Je prends des actions concrètes pour ne pas en développer. J'ai peur de trop me restreindre [...] parce que je ne veux pas aller à l'opposé pis là mon corps décide de me faire manger beaucoup. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Cette hiérarchie des diagnostics révèle que la reconnaissance ne repose pas uniquement sur des critères médicaux, mais sur des jugements moraux. Être boulimique, ce serait perdre non seulement le contrôle, mais aussi la reconnaissance, en tombant du côté

d'un trouble jugé honteux et illégitime. Cette distinction entre troubles « nobles » et troubles « disgracieux » illustre la manière dont les régimes de vérité psychiatriques s'articulent à des normes sociales plus larges, qui tracent les contours du dicible, du crédible et du soignable.

3.2 Des corps « illisibles »

Certaines identités sont invisibilisées, mais aussi activement stigmatisées, dans des formes croisées où le genre, la « race » et le poids interagissent pour produire de la violence symbolique, médicale et sociale. Les expériences anorexiques des corps « non conformes » sont souvent qualifiées d'« atypiques » (voir introduction) car elles n'entrent pas dans le cadre visuel attendu du trouble. Les personnes qui ne « passent » pas visuellement pour malades ou dont le trouble fluctue peuvent ainsi être mises en doute, voire exclues des espaces de soin. C'est le cas d'Elena, qui était étiquetée anorexique lorsqu'elle était mince, mais qui se heurte à un refus de soin après sa prise de poids :

Ils ont jamais réussi à mettre un mot sur quelle forme de TCA j'avais à ce moment-là. C'était pas de la boulimie, c'était pas de l'anorexie, ça ressemblait pas à ce qu'ils connaissaient. Ils m'ont juste dit TCA atypiques [...] Et du coup, ils avaient aucune aide pour moi. Et c'était le centre spécialisé dans les TCA. Ce qu'ils ont fait, c'est qu'ils m'ont envoyé à un centre d'obésité. Ils m'ont dit ici on peut pas t'aider à perdre du poids mais eux ils pourront t'aider, alors qu'il y a un truc à régler mental, j'ai l'impression. [...] Et je vais peut-être avoir une injection pour perdre du poids [...] le truc, c'est que si je perds du poids, que ce soit par ça ou une opération, ça va pas régler mes problèmes avec la nourriture. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Elena vit ainsi une non-reconnaissance institutionnelle avec ce diagnostic de TCA « atypique », le refus de nommer son trouble en raison de son poids et son renvoi vers un centre de traitement d'obésité, qui lui propose des « traitements » amaigrissants malgré ses TCA. Son témoignage met en lumière la manière dont la grossophobie médicale vient reconfigurer la lecture des comportements alimentaires. Alors que les techniques visant l'amaigrissement seraient perçues comme pathologiques chez une personne anorexique mince, elles deviennent ici médicalement acceptables et même encouragées, du seul fait que

le corps d'Elena est perçu comme trop gros. La normativité corporelle guide donc les seuils de pathologisation, en ce que les mêmes symptômes ne sont pas interprétés de la même façon selon le corps qui les manifeste. Ici, la grosseur est médicalisée comme problème à résoudre en soi, au détriment de la reconnaissance du trouble alimentaire sous-jacent. Cette situation illustre également un décalage entre auto-reconnaissance et disqualification institutionnelle. Refusée par les catégories médicales classiques, Elena se retrouve dans une position d'entre-deux, à la fois anorexique et perçue comme « trop grosse » pour l'être. Cette expérience n'est pas isolée. Maël, qui vit également avec un trouble alimentaire dans un corps gros, témoigne du besoin constant de légitimer sa souffrance face à une norme corporelle qui disqualifie ce qu'elle ne voit pas :

J'ai pris du poids dans les dernières années. Ça rend l'*acknowledgement* des gens plus difficile à mon égard vis-à-vis du fait que je deal avec un trouble alimentaire. Parce que dans leur tête, si c'était si pire que ça, ça paraîtrait dans ma *shape* physique. [...] [En tant que personne grosse avec un TCA], t'es obligée de toujours te justifier. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Dans son livre *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Miranda Fricker (2007) distingue deux formes d'injustices épistémiques : l'injustice testimoniale (*testimonial injustice*), lorsqu'une personne n'est pas crue ou prise au sérieux lorsqu'elle témoigne, et l'injustice herméneutique (*hermeneutical injustice*), lorsqu'une personne n'a pas accès aux outils linguistiques ou culturels pour exprimer son expérience. Les récits d'Elena et de Maël illustrent une injustice testimoniale au sens de Fricker (2007), en ce que leur parole est décrédibilisée en raison de la manière dont leur corps est perçu. Malgré un trouble alimentaire restrictif, Elena est redirigée vers un centre d'obésité en raison de son apparence corporelle. Sa souffrance n'est pas entendue, car la grossophobie médicale empêche d'y reconnaître l'anorexie. Elena vit également une injustice herméneutique, car les catégories disponibles pour penser l'anorexie ne lui permettent pas de dire « je suis anorexique » dans un corps gros, cette catégorie étant structurée autour d'une minceur normative. Au croisement

de ces deux injustices épistémiques, Elena ne peut ni se dire, ni être entendue ; elle est dépossédée du récit de soi. Elle ajoute :

Tout le monde me rapporte à mon poids, même ma famille, et je comprends pas qu'ils fassent ça alors qu'ils savent ce que j'ai vécu comme enfer avec l'anorexie. Tout le monde me dit oui là tu subis ton poids, tu subis ton poids. Mais en fait je subis pas mon poids maintenant. C'est avant que je subissais ça, maintenant je subis le regard et les mots de la société. [...] Maintenant que je suis en surpoids, je le vois beaucoup, les gens me traitent pas de la même manière, on me traitait mieux quand j'étais anorexique, alors que maintenant je me sens mieux dans mon corps et j'arrive plus à faire des trucs. [...] Maintenant que je suis en obésité, les gens viennent tout le temps me parler de régime, de trucs qu'il faudrait que je fasse ça pour perdre, etc. Du coup je suis en mode mais vous voulez que j'aie à nouveau des TCA ou... (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Les témoignages d'Elena et de Maël mettent en lumière une hiérarchie des corps souffrants, qui traverse les institutions médicales, mais aussi les sphères sociales et intimes. L'anorexie, bien que pathologisée, peut être socialement valorisée lorsqu'elle s'incarne dans un corps conforme aux attentes visuelles et morales de la minceur extrême. Alors que les figures anorexiques sont parfois perçues comme des « succès » de discipline corporelle, de pureté et d'abnégation, la grossophobie projette une série de jugements moraux et esthétiques opposés sur les corps gros (paresseux, manquant de contrôle, laids...) (Colls, 2007), qui empêche leur reconnaissance comme souffrants. La prise de poids reconfigure ainsi l'expérience d'Elena : en s'éloignant des normes de souffrance acceptables, elle cesse d'être vue comme une personne malade pour être perçue comme responsable de son état. Le fait qu'elle ait été mieux traitée lorsqu'elle mettait sa vie en danger par la restriction alimentaire qu'au moment où elle retrouve une forme de mieux-être dans son corps (« je me sens mieux dans mon corps et j'arrive plus à faire des trucs »), montre à quel point le poids façonne la distribution de l'empathie et des soins. Son récit illustre également la manière dont les corps gros sont considérés comme des corps publics, disponibles aux jugements et intrusions non sollicités d'autrui (« les gens viennent tout le temps me parler de régime, de trucs qu'il faudrait que je fasse ça pour perdre »).

Cette grossophobie s'exerce ainsi dans les regards et les discours du quotidien, tout comme les relations thérapeutiques. Maël témoigne d'une violence médicale répétée, qui invalide ses diagnostics et nie son expertise sur son propre vécu :

Le premier psychiatre que j'ai vu [...] je voulais une réévaluation de mes diagnostics. Une réévaluation de mon PTSD, mon trouble alimentaire et une potentielle évaluation pour l'autisme. [...] Pour mon trouble alimentaire, il m'a obstiné avec le DSM ouvert dans ma face, il m'obstinait sur les critères diagnostiques. J'étais comme ça fait 6 ans on et off que j'ai un suivi avec une nutritionniste et que je travaille là-dessus, je sais de quoi je parle. Il a juste fini par me dire « OK, tu en as un, mais un petit ». (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Mon médecin de famille n'est pas soutenant pantoute. Il faut que je lui rappelle à chaque fois que j'ai un rendez-vous avec lui que j'ai un trouble alimentaire. Il passe son temps à me dire de maigrir. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

La dévalorisation de son expérience, au nom d'une lecture littérale des critères biomédicaux des TCA et d'une invisibilisation du savoir expérientiel, reflète une logique de disqualification épistémique, renforcée par la perception que son corps n'incarne pas la norme visuelle attendue. De manière plus générale, le traitement médical négligent que vit Maël révèle une grossophobie structurelle, dans laquelle les personnes grosses doivent sans cesse rappeler, justifier, corriger et expliquer leur souffrance (Cooper, 2016 ; Lupton, 2013). Les corps gros sont paradoxalement hypervisibilisés et silencieux : on les voit, mais on ne les écoute pas (Colls, 2007). Cela engendre une forme de souffrance épistémique, où ce que Maël et Elena vivent n'est pas intelligible dans le cadre médical dominant.

Dans son analyse du regard posé sur les corps handicapés, Garland-Thomson (2002) explique comment les corps « déviants » sont construits comme des objets de regard, à lire, interpréter et scruter. « Staring at disability choreographs a visual relation between a spectator and a spectacle » (p.56) : le regard configure certains corps comme un spectacle, dans un rapport de pouvoir asymétrique entre celui qui regarde et celui qui est regardé (Garland-Thomson, 2002). Il est possible de transposer cette analyse au corps anorexique, devenu dans la culture visuelle occidentale un objet de fascination dont l'image déclenche à

la fois admiration, peur et curiosité morbide. La reconnaissance du trouble dépend de la conformité à un script visuel et comportemental très normé (émaciation, refus absolu de s'alimenter, danger vital immédiat). L'anorexie est ainsi d'autant plus difficile à reconnaître lorsqu'elle ne produit pas cette image spectaculaire, comme dans les cas d'Elena et de Maël, dont les corps ne s'intègrent pas dans le spectacle attendu de la « maladie ».

Cette illisibilité ne tient pas seulement à l'apparence corporelle ou aux comportements alimentaires, elle s'ancre également dans des rapports raciaux et culturels. Si l'anorexie est plus difficile à reconnaître lorsqu'elle échappe à l'image spectaculaire du corps émacié, elle l'est également lorsqu'elle se manifeste chez des personnes racisées, dont les corps ne correspondent pas à l'imaginaire blanc, mince et bourgeois qui domine les représentations du trouble. L'expérience du trouble des participantes s'identifiant comme racisées (Nayma, Monifa et Maude-Sophie) se construit en tension avec des normes esthétiques et des référents culturels multiples. Monifa raconte que son anorexie a commencé au Bénin, son pays d'origine, et qu'en arrivant au Canada, elle s'est heurtée à des perceptions contradictoires :

Arrivée ici, bizarrement, mes amis de la communauté noire, ils me trouvaient trop maigre, mais mes amis blancs me trouvaient trop grosse. [...] La communauté noire, c'est beaucoup de culpabilité, parce qu'on dit la femme doit avoir des rondeurs et tout ça. Et après, quand je sors de là, c'est « trop de rondeurs ». (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Monifa est ainsi prise dans des injonctions corporelles paradoxales : culte de la minceur par les codes blancs, valorisation des rondeurs dans sa communauté racisée. Nayma, qui se décrit comme métissée mais « pouvant passer pour une blanche », se retrouve également en tension entre deux univers de normes corporelles. Elle affirme que sa famille maternelle suisse est « très pro-régime » et « obsédée par la minceur », tendant à valoriser sa perte de poids. Au contraire, dans sa famille paternelle maghrébine, « ils sont plus “mange, mange” », mais « pour eux, l'anorexie, ça n'existe pas car [...] les idéaux de beauté sont pas les mêmes qu'en Europe et en Amérique du Nord » (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars

2025). Dans les deux cas, les participantes naviguent entre des normes corporelles racialisées qui rendent leur trouble illisible ou illégitime, en particulier dans les espaces familiaux ou communautaires. Sabrina Strings (2019), dans *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*, montre que ces injonctions contradictoires sont historiquement construites. Elle explique que la construction de la minceur comme idéal esthétique est indissociable de la volonté de démarquer les femmes blanches anglo-saxonnes protestantes des femmes noires, perçues comme excessives, paresseuses, « sauvages ». Elle écrit : « The fear of the imagined ‘fat black woman’ was created by racial and religious ideologies that have been used to both degrade black women and discipline white women » (Strings, 2019, p.6). Chez les femmes noires, comme Monifa, l’anorexie tend ainsi à être perçue comme illégitime. Cette perception s’ancre dans une double assignation racialisée : à la rondeur, comme norme intracommunautaire valorisée, et à une altérisation historique des corps noirs, construits comme excessifs et donc incompatibles avec l’idée même de restriction. Les expériences de Monifa et de Nayma illustrent comment l’anorexie peut être disqualifiée comme trouble « blanc », inintelligible ou même inexistant dans des contextes culturels où la minceur n’est pas une norme dominante.

Maude-Sophie, adoptée petite par des parents blancs au Québec, dit se considérer comme québécoise : « À part quand je me vois dans le miroir, je peux pas être plus québécoise que ça. [...] Des fois, j’oublie un peu que je suis asiatique » (entrevue virtuelle, 19 mars 2025). En tant que personne adoptée, elle exprime ne pas vraiment s’identifier à la communauté chinoise. Pourtant, dans son expérience du trouble alimentaire, cette absence d’ancrage racial explicite ne la protège pas des effets de la racialisation :

Je pense que ça a quand même créé pour moi, dans mon expérience du trouble alimentaire, peut-être une espèce de dissonance cognitive entre les idéaux physiques que je vais voir, pis mon corps qui est clairement pas fait de la même façon en termes de gabarit, de où les formes sont, pis tout. [...] Ça m’a pris vraiment longtemps, en fait, mon ancien chum à un moment donné, je lui disais, ah, comme j’ai tellement un

gros ventre, pis tout, pis c'est lui qui était comme, mais tu sais que t'es pas shapée comme une femme blanche, pis c'est pas bien ou c'est pas mauvais, ça n'a pas rapport, c'est juste que t'es asiatique, genre. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Maude-Sophie, bien qu'ayant grandi dans une famille blanche, prend donc conscience tardivement que son corps ne correspond pas aux standards esthétiques blancs, des standards qu'elle avait intériorisés sans se poser de questions, car elle n'avait pas de référence racisée explicite à son identité. Même si elle ne se perçoit pas comme « autre », son corps la renvoie à une différence qu'elle n'a pas intégrée, et qui entre en conflit avec les idéaux esthétiques dominants. La participante parle de la difficulté à s'identifier aux idéaux corporels occidentaux du fait de son corps asiatique et de sa socialisation dans une culture blanche. L'expérience de Maude-Sophie révèle ainsi un autre versant de l'illisibilité raciale de l'anorexie : non plus dans l'opposition à des normes communautaires, comme chez Monifa ou Nayma, mais dans l'adhésion à des standards esthétiques blancs inaccessibles, rendant d'autant plus violente l'expérience du trouble.

Ainsi, seuls certains corps, certaines identités et certaines motivations sont considérés comme « crédibles » lorsqu'il s'agit de souffrance anorexique. Cette crédibilité repose aussi sur des critères cisnormatifs. Loren, personne non-binaire, décrit son invisibilisation dans un centre de traitement où, selon sa description, « la majorité des personnes qui sont soignées pour l'anorexie sont des jeunes filles » :

Depuis le début, je sentais que j'avais pas vraiment ma place ici. En tant que personne non-binaire, c'était un peu compliqué [...], je me disais, bon, bah alors c'est que dans ma tête, je dois juste être comme les autres et éviter de dire aux gens que je suis non-binaire parce que ça colle pas avec mon identité de personne qui souffre d'anorexie. (Loren, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

L'expérience subjective de sa souffrance se trouve alors disqualifiée, faute de correspondre au modèle dominant de la patiente anorexique, une disqualification que Loren intériorise en se disant que sa non-binarité n'est « que dans [s]a tête ». Iel invisibilise alors

son identité non-binaire pour éviter de dissoner avec le cadre du trouble. En tant que personne non-binaire, sa présence dans un espace de soin pensé pour les « jeunes filles » anorexiques produit un malaise narratif. L'inconfort de Loren dans le centre de traitement ne tient ainsi pas seulement à son identité de genre, mais à la manière dont l'espace de soin présuppose la binarité de genre.

3.3 Nommer pour exister : entre identité et diagnostic

L'anorexie, dans les discours dominants, est le plus souvent envisagée comme un trouble individuel, pathologique, à séparer de l'identité de la personne. Cette conception s'inscrit dans une perspective biomédicale qui valorise la dissociation entre le soi et le symptôme, au nom d'une idée de guérison entendue comme retour à un sujet « sain », débarrassé de son trouble. Pourtant, les récits recueillis dans cette recherche révèlent des positionnements plus ambigus, nuancés, et parfois contradictoires.

Darmon (2003) remarque parmi ses participantes que « le diagnostic [peut] être accepté et réinterprété : l'interviewée peut ainsi devenir pour elle-même une “anorexique” » (p.209) Similairement, pour certain.e.s de mes participant.e.s, le trouble devient un repère identitaire, une composante durable de leur subjectivité. Les propos de Monifa illustrent cette appropriation du diagnostic comme élément structurant du rapport à soi :

Je me dis anorexique parce que ça me décrit. Honnêtement, je trouve que... je me vois comme anorexique, comme ça fait partie de mon identité. Ce n'est pas une situation, c'est ma vie. (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Quant à Maël, iel met à distance le diagnostic en disant « dealer avec des enjeux alimentaires » et parle de « cohabitation » plutôt que de guérison (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025). Loren finalement, plaide pour une séparation de la personne et de son trouble pour préserver une identité « intacte » :

Je pense qu'il faut commencer à différencier la personne de la maladie. Je ne suis pas anorexique, je suis une personne qui souffre d'anorexie. Je pense que ça, ça met... ça fait une différence énorme avec ce qu'on a l'habitude de voir, parce que moi, ok, je

souffre de ça, mais à part cette maladie, je suis autre chose. (Loren, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Ces extraits révèlent l'existence d'une pluralité de rapports identitaires à l'anorexie, d'une extrémité (identification à l'anorexie comme composante de l'identité) à l'autre (distinction forte entre soi et la « maladie »), en passant par des formes plus ambivalentes ou stratégiques d'identification. On peut alors se demander : que fait un diagnostic à l'identité ? Le diagnostic psychiatrique n'est pas une reconnaissance neutre d'un état clinique, il façonne également la manière dont une personne se perçoit et est perçue. En nommant le trouble, il produit une identité sociale, avec ses effets d'inclusion et d'exclusion. Pour certaines personnes, comme Clémence et Maude-Sophie (voir chapitre 3.1), le fait d'être reconnue comme souffrant d'anorexie est une manière de légitimer sa souffrance ; pour d'autres, comme Loren, il faut éviter d'endosser cette identité et essayer de garder une distance par rapport à elle. Ce contraste révèle une tension centrale : le diagnostic peut être vécu à la fois comme une forme de reconnaissance et comme une réduction. Il valide la réalité de la souffrance aux yeux des soignant.e.s, des proches et de la société, mais au prix d'une inscription dans un cadre médical normatif, souvent détaché du sens subjectif que la personne donne à son expérience. Le diagnostic devient alors la condition pour recevoir des soins, de la compassion et de la reconnaissance.

On peut également remarquer une tension entre nommer soi-même sa souffrance et être nommé.e par l'institution médicale. Nommer sa souffrance peut être un geste d'agentivité, une manière de faire sens et de s'appropriier son vécu. C'est ce que fait Maël en utilisant le terme « enjeux alimentaires », qui montre une tentative de s'éloigner du lexique biomédical pour mieux exprimer son expérience. D'un autre côté, le refus d'être nommé.e par l'institution médicale peut être vécu comme une forme de négation de sa souffrance, comme dans le cas d'Elena (voir chapitre 3.2). Par ailleurs, l'assignation à un diagnostic dans lequel on ne se reconnaît pas peut enfermer dans un cadre réducteur, réduire la complexité du vécu

et renforcer la stigmatisation (Tierney, 2001). Rachel Aviv (2022), dans l'épilogue de *Strangers to Ourselves*, illustre cette tension à partir de sa propre expérience, en écrivant : « I wasn't sure if I had ever been anorexic, at least not at first; it felt like I had been taught to have the illness » (p.170). Elle met en lumière la manière dont le récit médical peut précéder et façonner le vécu, au point de produire la maladie comme identité imposée. Additionnellement, le fait que certains discours semblent se contredire montre comment l'identité anorexique est vécue à la fois comme « empowering » et destructrice (Rich, 2006 ; Saukko, 2008). Ces différentes dimensions ne s'excluent pourtant pas mutuellement. Il est possible de ressentir un soulagement face à un diagnostic qui valide l'expérience et ouvre l'accès à une reconnaissance, tout en éprouvant en parallèle le poids du stigmate qui l'accompagne. Cette tension s'inscrit dans un rapport de force entre savoir situé et savoir expert : qui a le pouvoir de nommer ?

Dans les communautés handicapées, il existe un débat entre le langage « person first » (personne avec un handicap, personne en situation de handicap) et le langage « identity-first » (personne handicapée, personne aveugle, personne autiste, etc.). Ce dernier est généralement privilégié par les communautés sourdes et autistes, car le handicap y est vu comme une fierté, comme faisant partie intégrante de l'identité de la personne, la poussant à percevoir et interagir différemment dans le monde (Walker, 2021). À l'inverse, le langage « person-first » est souvent promu par les institutions médicales et éducatives sous couvert d'« humaniser » les sujets. Walker (2021), qui discute du cas de l'autisme, affirme ainsi : « If we use phrases like “person with autism,” or “she has autism,” or “families affected by autism, we’re using the language of the pathology paradigm—language that implicitly accepts and reinforces the assumption that autism is intrinsically a problem, a Something-Wrong-With-You » (p.12-13). On retrouve une tension similaire dans le cas de l'anorexie, en ce que le modèle biomédical insiste sur le « *person-first* », affirmant qu'il ne faut pas s'identifier à son trouble (Loren dit

ainsi « Je ne suis pas anorexique, je suis une personne qui souffre d'anorexie »). Pourtant, d'autres personnes interviewées, comme Monifa, choisissent un langage « *identity first* » (« Je me dis anorexique [...] ça fait partie de mon identité »), car il correspond mieux à leur expérience vécue. Ce décalage peut être envisagé comme une forme de résistance ou de désobéissance épistémique. En effet, choisir de dire « je suis anorexique » revient à refuser de voir l'anorexie comme une entité pathologique extérieure, pour reconnaître qu'elle structure les subjectivités, les corps, les rapports sociaux, et parfois les modes de survie¹². En niant la possibilité de s'identifier à l'anorexie, le modèle biomédical exerce une violence symbolique, imposant ce que peut ou ne peut pas être une « bonne » subjectivité malade (elle doit être séparée du trouble et en attente d'une « guérison »). Les *mad studies* permettent de penser cette réappropriation des catégories diagnostiques psychiatriques, à rebours d'une logique biomédicale cherchant à effacer ou corriger ces identités : « madness talk and text invert the language of oppression, reclaiming disparaged identities and restoring dignity and pride to difference » (LeFrançois *et al.*, 2012, p.10). Il ne s'agit pas d'une acceptation passive d'un diagnostic, mais d'une réappropriation subversive, qui devient une forme de résistance à la normativité. À partir de cette perspective, on peut interpréter la revendication par Monifa de l'identité « anorexique », non pas comme une adhésion au discours biomédical, mais comme un geste de résistance face à une exigence de séparation entre la personne et son trouble. Lorsque Monifa dit « ce n'est pas une situation, c'est ma vie », elle ne revendique pas le diagnostic en tant que tel, mais un mode d'être au monde, en rupture avec les logiques de séparation et de guérison imposées par la psychiatrie.

Cependant, s'identifier à l'anorexie n'est pas sans conséquences : cette identité, lorsqu'elle est revendiquée ou simplement perçue, reste marquée d'un fort stigmatisme social.

¹² Dans le cadre de cette thèse, j'utilise également « personnes anorexiques » dans un effort de déstigmatisation de l'identité anorexique. Comme l'affirme Baril (2025a) à propos des personnes suicidaires, « le langage centré sur l'identité poursuit le travail de déstigmatisation. En déstigmatisant radicalement la suicidalité, il devient possible de mobiliser cette étiquette d'une façon positive et affirmative : “je suis suicidaire” » (p.58).

Les participant.e.s décrivent les jugements extérieurs, la stigmatisation par les proches, la culpabilisation, et le sentiment d'être perçu.e.s comme superficiel.le.s. Clémence et Monifa témoignent de cette incompréhension sociale :

Les gens pensent que c'est très superficiel pis que c'est comme un peu des caprices pis ben là c'est juste de la bouffe. [...] C'est un peu comme ben elle fait sa difficile pis c'est des caprices. [...] J'en parlais pas vraiment [à mes ami.e.s] parce que [...] je me faisais dire que c'était lourd, [donc] c'était pas quelque chose que j'avais envie de partager. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Ça a toujours été de me dire tu es trop maigre, de me blâmer. [...] J'en parle pas souvent, car je suis pas prise au sérieux. Ils pensent que c'est un caprice. Ils pensent qu'il suffit de manger, mais ils savent pas. [...] Je pense même que c'est une souffrance pour moi d'en parler. [...] Je pense que c'est [dû à] une méconnaissance sur les troubles alimentaires, [particulièrement] dans la communauté noire. (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Clémence et Monifa critiquent ainsi l'imaginaire social autour de l'anorexie, réduite à une question de volonté individuelle (« elle fait sa difficile »), à un caprice ou à une faiblesse morale, qui empêche l'empathie et mène à une silenciation (« J'en parle pas souvent », « J'en parlais pas vraiment »). Le stigma agit ici comme limitation de la parole (Rich, 2006). Monifa ajoute également que dans sa communauté, les TCA sont d'autant plus méconnus, renforçant un effet de marginalisation dans la marginalisation.

Paula Saukko (2008) explique dans le second chapitre de son livre que le discours le plus populaire sur l'anorexie, relayé par les psychiatres, les médias et même la majorité des intellectuel.le.s féministes, est celui d'une soumission des jeunes femmes aux injonctions de minceur véhiculées par la mode, les magazines ou les représentations médiatiques. Elle qualifie ce récit de réductionniste, culpabilisant et stigmatisant : « the idea that anorexics embark on a program of near lethal self-starvation simply because of media images of thinness is hideously stigmatizing and reductionist » (Saukko, 2008, p.25). Ce discours est également contesté par la majorité de mes participant.e.s. Nayma et Maude-Sophie le jugent par exemple « réducteur », Elena « trop simplifié » et Monifa exprime que beaucoup de

personnes « pensent que l’anorexie c’est les mannequins, les “*trends*” TikTok, etc., alors que c’est beaucoup plus que ça » (entrevues virtuelles, 10, 13, 19 et 22 mars 2025). Ce discours leur apparaît donc insuffisant pour rendre compte de leur propre expérience du trouble, qui ne se résume pas à une imitation passive de modèles culturels. Cela ne signifie pas pour autant que les normes corporelles dominantes, la grossophobie et la culture des régimes sont sans effet sur les TCA, plusieurs reconnaissant leur rôle dans la construction de leur rapport au corps et à l’alimentation, sans pour autant en être des causes uniques.

Ce rejet du récit dominant s’accompagne également d’une critique plus large de l’interprétation psychologisante et sexiste selon laquelle l’anorexie relèverait d’un désir de plaire, de séduire ou d’attirer le regard masculin. Ce discours, qui opère sur une présomption d’hétérosexualité, est activement résistée par Clémence et Elena :

On m’a toujours dit, par mes ami.e.s, mais même des infirmières à un moment donné, [...] ben t’sais, les gars là, eux ils aiment ça, les filles avec des formes. J’en revenais pas parce que j’m’en fous tellement, t’sais, je fais pas ça pour des gens, je fais ça pour moi. C’était aussi quelque chose que des chums quand j’étais plus jeune me disaient, on dirait qu’ils essayaient de m’aider en me disant « Non, mais t’sais moi j’aime pas ce type de corps-là. Fais-le pour moi. » J’étais comme « Mais [...] pourquoi tu penses que je ferais ça pour toi, *anyway* ? » [...] La société nous dit tellement qu’il faut un peu, avoir la validation des hommes (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

À l’école, une fille a pris tous les garçons de la classe, les a mis devant moi en rond, et leur a fait dire à tous « on te trouvait plus belle quand t’étais grosse ». [...] C’était ultra humiliant pour moi. [...] Je sais qu’elle a fait ça pour m’aider, pour que je me rende compte que c’était plus joli. Mais moi je m’en fichais d’être jolie en fait, j’avais juste envie de mourir. C’était un mal-être qui n’était pas en rapport avec les autres. [...] Et je savais déjà que je vivais pas pour le *male gaze*. Ça m’énervait les hommes (rires). J’étais vraiment pas intéressée par eux. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Ici, Clémence exprime une forme de révolte face à l’idée selon laquelle son anorexie devrait s’interpréter comme un désir de plaire aux hommes (« Pourquoi tu penses que je ferais ça pour toi, *anyway* ? »). Elle souligne la violence symbolique des tentatives de rationaliser son trouble à partir d’une norme hétérocentrée : « La société nous dit tellement qu’il faut un peu, avoir la validation des hommes ». Elena, elle, explicite sa distance vis-à-vis

du regard masculin (« Je savais déjà que je vivais pas pour le *male gaze* ») et rapporte une scène d'humiliation publique, révélatrice d'une interprétation hétéronormative de sa transformation corporelle. Dans les deux cas, les participantes refusent l'inscription de leur trouble dans le schéma réducteur du regard masculin. En outre, Clémence affirme explicitement qu'elle « fait ça pour elle » et non pour les autres, réaffirmant un certain pouvoir d'agir dans sa trajectoire. Elena, quant à elle, nomme un désir de mourir, déjouant complètement l'idée d'une perte de poids destinée à séduire ou à susciter l'attention. La lecture hétéronormative du trouble agit alors comme une forme de désappropriation du vécu : en ramenant leur anorexie à une quête de désirabilité, sont niées à la fois la complexité de leur souffrance et leur autonomie dans la manière de la nommer et de la vivre.

L'anorexie est également stigmatisée dans sa réduction à ses manifestations visibles, ignorant ses dimensions sociales et émotionnelles. Clémence déplore cette invisibilisation de causes plus « profondes » :

Le contrôle de la nourriture, le poids et l'apparence [...] c'est la pointe de l'iceberg [...] l'iceberg qu'on voit pas dans l'eau, c'est un besoin de contrôle, c'est de l'anxiété, c'est des tocs, c'est des traumas, des agressions sexuelles vécues, de la dépression et plein d'autres choses. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Dans son article *Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity*, Rich (2006) discute de cette stigmatisation de l'identité anorexique par le personnel soignant, les ami.e.s, la famille, ou encore les professeur.e.s, qui se focalisent sur les aspects visuels du trouble, en premier lieu la prise ou perte de poids. Ceci s'inscrit dans la vision biomédicale de la santé, selon laquelle la maladie et la souffrance doivent être facilement reconnaissables : « in the practice of medicine, diagnosis and classification are founded on the clinical sign, a construct that presupposes that any underlying pathology can be linked to a physical sign, an indicator that can be observed and measured » (Austin, 1999, p.247).

Cette focalisation sur les signes visibles traverse également l'espace social et médiatique, où le corps anorexique devient un objet de regard et de fascination, comme

discuté dans le chapitre précédent. Dans *Primitivising Anorexia: The Irresistible Spectacle of Not Eating*, Warin (2004) inscrit cette fascination populaire de l'auto-affamement dans l'histoire de la culture européenne du divertissement. En effet, au XIXe siècle, dans les foires européennes, des artistes de la faim (hunger artists) jeûnaient publiquement pendant 40 jours dans une cage, sous le regard constant des spectateur.ice.s (Warin, 2004). Cette mise en scène de la souffrance ou de la déviance corporelles comme objets de divertissement public, également décrite par Rosemarie Garland-Thomson (1996) et Eli Clare (2015) dans les « *freak shows* », trouve écho dans le voyeurisme avec lequel les médias contemporains représentent l'anorexie : photos de jeunes femmes squelettiques, souvent presque nues, exposées comme des victimes tragiques du diktat de la minceur. Même involontairement, comme en cherchant à montrer la sévérité de l'anorexie, les représentations médiatiques peuvent donc reproduire cette logique du spectacle : « Through an aestheticisation of the horror and intrigue of the anorexic body the media coverage successfully reproduced anorexia as spectacle » (Warin, 2004, p.100). La spectacularisation médiatique agit ainsi comme une forme contemporaine de stigmatisation : elle produit une altérité, renforçant la distance entre le corps « normal » et le corps anorexique exhibé.

3.4 TCA et handicap : vers une autre lecture de l'incapacité

Peut-on alors reconceptualiser l'anorexie à travers le prisme du handicap ? La reconnaissance de l'anorexie comme forme d'incapacité se heurte à plusieurs barrières sociales et institutionnelles. L'une d'elles réside dans le jugement moral porté sur les personnes concernées, évoqué dans le chapitre 3.1. En effet, contrairement à l'écrasante majorité des handicaps, perçus comme accidentels ou biologiques, l'anorexie est souvent interprétée comme un choix, ou du moins comme le résultat d'un comportement volontaire. Ce stéréotype, ancré dans les imaginaires sociaux du trouble, fait de la personne anorexique une personne responsable, voire coupable, de sa souffrance. L'oppression des personnes

anorexiques en raison d'un comportement ou d'une apparence considérés comme anormaux peut ainsi être négligée (Tierney, 2001). L'anorexie déroge ainsi au modèle dominant du handicap, le modèle biomédical, qui le pense comme un état subi, imposé de l'extérieur et qui légitimerait une assistance. Ceci explique en partie la difficulté à faire reconnaître l'anorexie comme handicap. La restriction alimentaire et les résistances face aux soins ou l'ambivalence face à la « guérison » sont interprétées comme des actes de défi, et non comme les effets d'une incapacité à fonctionner dans un environnement normé. Cette lecture morale est un obstacle à la considération de l'anorexie par une perspective *crip* ou *mad*, qui reconnaîtrait la chronicité, l'exclusion sociale et les barrières structurelles que vivent les personnes concernées. Elle complexifie également les démarches de reconnaissance officielle ou de compensation : demander un soutien financier à l'État en raison de son anorexie, par exemple, expose les personnes au soupçon d'être responsables de leur état et donc de « profiter » du système. L'imaginaire néolibéral de l'« assistanat » s'y superpose, renforçant l'idée que des individus abuseraient de l'aide publique.

Lorsque j'ai demandé à Maude-Sophie ce qu'elle pensait de l'idée de l'anorexie comme handicap, elle a affirmé s'être « questionnée devant cette question [du questionnaire socio-démographique] » :

Qu'est-ce qu'on implique par handicap ? En soi, oui, je pense que ça me handicape, t'sais dans la vie, c'est handicapant. [...] Toutes les sociétés du monde utilisent la nourriture comme un agent de socialisation, et donc, je trouve ça handicapant, non seulement au niveau fonctionnel, tout ce qui peut affecter ton état de santé, mais en plus, [...] c'est si difficile de socialiser et d'être normale socialement, en fait, quand tu manges pas les mêmes choses que les autres, quand t'as des règles, quand t'as une routine, des rigidités, des questions qui peuvent vraiment mettre mal à l'aise. [...] Pis oui, pour moi, dans la vie de tous les jours, t'sais, tout est analysé selon le trouble. [...] Il y a des choses que je m'empêche clairement de faire ou des occasions d'aller. Fait que si ça peut être défini comme étant suffisant pour être un handicap, ben oui, alors c'en est un. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Si Maude-Sophie hésite à nommer son trouble comme un handicap, elle décrit une expérience marquée par des limitations concrètes, à la fois fonctionnelles, relationnelles et

sociales. Son témoignage rejoint la critique de Tanya Titchkosky (2007) à l'égard du modèle biomédical du handicap, qui réduit le handicap à un déficit ou une anomalie à éliminer. Pour Titchkosky, le handicap est une expérience vécue et socialement située, qu'elle appelle « *textured life* ». L'expérience de Maude-Sophie illustre cette texture, en ce que son trouble n'est pas spectaculaire, mais infiltre son quotidien, structure ses interactions et limite sa participation sociale. Or, comme le montre Titchkosky (2007), ce type d'expérience, parce qu'il ne correspond pas aux critères visibles ou administratifs du handicap, tend à être exclu des formes officielles de reconnaissance. Le cadre biomédical, en réduisant le handicap à un « manque » localisé dans le corps, échoue à saisir la complexité des vécus diffus, fluctuants et difficilement mesurables comme celui de Maude-Sophie.

Tierney (2001), qui mobilise le modèle social du handicap pour penser l'anorexie, met en lumière que les formes d'oppression subies par les personnes anorexiques sont semblables au capacitisme. Cette oppression se manifeste dans les représentations médiatiques (comme l'illustre la logique du « *freak show* » évoquée au chapitre précédent), mais aussi dans le champ médical. En effet, le handicap et l'anorexie ont d'abord été interprétés à travers un prisme mystique ou religieux, avant d'être médicalisés, respectivement aux XVIIe-XVIIIe siècles et à la fin du XIXe siècle. Dans les deux cas, la médicalisation s'est accompagnée de pratiques de contrôle institutionnel et de violences médicales (voir chapitre 4.1) et l'infantilisation, le voyeurisme et la réduction à une altérité spectaculaire (« *freaks* ») ont traversé l'histoire du traitement de ces corps jugés déviants (Tierney, 2001). Le modèle social permet ainsi de penser l'anorexie non comme une anomalie individuelle à corriger, mais comme une forme d'incapacité socialement située, marquée par la chronicité et l'invisibilité. Cependant, en plus de son manque d'intersectionnalité, une lecture uniquement sociale du handicap risquerait de manquer ce que l'anorexie fait vivre, soit des souffrances intenses, qui s'expriment aussi dans le corps. En proposant la notion de « corps-esprit » (*bodymind*), Price

(2015) rappelle que les expériences psychiques ne peuvent être disjointes de leur inscription corporelle, et que la douleur, même si elle est socialement produite ou amplifiée, n'en est pas moins réelle. Pour penser la voix des participant.e.s, il faut donc pouvoir accueillir aussi la réalité sensorielle, émotionnelle et incarnée de ce qu'ils vivent.

Si le cadre du handicap offre des outils critiques pour penser l'anorexie autrement que comme un dysfonctionnement individuel, il faut reconnaître qu'il ne fait pas consensus parmi les personnes concernées. Ni les participant.e.s de cette recherche, ni celles interrogées par Tierney (2001) ne s'identifient spontanément au terme d'« handicapé.e » ou de « *disabled* ». Ce refus ne découle pas nécessairement d'un désaccord avec l'idée de chronicité ou de barrières sociales, mais peut refléter un ensemble de représentations négatives associées au handicap, comme la passivité, la dépendance ou l'impuissance. On peut supposer que la plupart des personnes interrogées n'ont eu que peu de contact avec des discours alternatifs, valorisant le handicap comme différence plutôt que comme déficit. Cela rend l'identification au terme « handicapé.e » socialement difficile et même stigmatisante. Les *Black disability studies* (Bailey & Mobley, 2018) montrent également que pour les femmes noires, s'identifier comme handicapées peut être perçu comme un risque supplémentaire de stigmatisation, dans un contexte où leur humanité même est déjà niée. L'absence d'adhésion à l'identité handicapée peut ainsi être relue comme un acte de distanciation stratégique, plutôt qu'une simple intériorisation du capacitisme. Ainsi, il importe de reconnaître cette ambivalence, en écoutant les personnes anorexiques lorsqu'elles affirment que le mot ne leur convient pas, tout en prenant acte des mécanismes capacitistes qui façonnent les possibilités mêmes de cette identification.

Au-delà des débats sur la pertinence ou l'acceptabilité du terme de handicap pour qualifier l'anorexie, il importe d'examiner les expériences concrètes d'inadaptation qui la traversent. Alors que plus de la moitié de mes participant.e.s s'identifient comme

neurodivergent.e.s, leurs récits révèlent l'incapacité structurelle des dispositifs de soin à prendre en compte les subjectivités qui dévient des normes cognitives, sensorielles ou comportementales attendues.

Si plusieurs recherches récentes montrent une prévalence plus élevée de TCA chez les personnes autistes (Schröder *et al.*, 2022), ou inversement (Boltri & Sapuppo, 2021 ; Solmi *et al.*, 2020¹³), ce lien semble rester marginalisé dans les approches cliniques classiques. Les TCA ont tendance à être « traités » sans tenir compte des besoins sensoriels, cognitifs ou communicationnels des personnes autistes, ce qui peut rendre les soins inefficaces voire nocifs :

Globalement, ils [les soignants] comprennent pas trop mon autisme et ils me mettent dans des chambres doubles alors que le bruit des gens ça m'hyperstimule et du coup je suis toujours hyper stimulée donc j'ai besoin d'un traitement pour me calmer donc c'est un peu un cercle. [...] J'ai demandé plusieurs fois à avoir une chambre solo [sans succès] (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Quand les soignants me traitent comme si j'étais neurotypique, ça marche pas le suivi et les techniques pour essayer de guérir. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

À part les balles anti-stress, il n'y a pas trop d'accommodation, non. C'est plus nous qui devons... Si on veut un casque anti-bruit, c'est nous qui devons l'apporter, par exemple. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

Ces extraits mettent en lumière le mépris institutionnel des besoins neurodivergents dans le champ des soins. Elena, malgré ses demandes répétées, est placée en chambre double durant ses hospitalisations, menant à une surstimulation, qui nécessite une médication pour calmer un état que l'hôpital lui-même aggrave. Nayma, de son côté, confirme l'échec des techniques comportementales qui n'accommodent pas la neurodivergence. Elle souligne également que les adaptations nécessaires pour répondre à ses besoins sensoriels, comme les casques anti-bruit, sont une charge logistique individuelle plutôt qu'une responsabilité institutionnelle. On peut remarquer ici une production institutionnelle du handicap, au sens où

¹³ Selon Solmi *et al.* (2020), 20 à 30 % des adultes ayant un TCA seraient autistes, et 20 % des femmes avec un TCA démontreraient un haut niveau de « traits autistiques ».

les difficultés des personnes neurodivergentes sont créées, ou du moins amplifiées, par un système qui refuse d'adapter les soins, ce qui peut être lu à travers le concept de « *misfit* » entre corps et environnement de Rosemarie Garland-Thomson (2011). Celle-ci affirme que « a misfit occurs when the environment does not sustain the shape and function of the body that enters it » (p.594). Dans cette perspective, le handicap n'est pas inhérent au corps, mais émerge lorsque l'environnement ne soutient pas certaines formes d'incarnation. Dans les cas d'Elena et de Nayma, ce n'est pas l'autisme en soi le problème, mais l'hôpital qui produit l'incapacité en n'adaptant pas l'espace et les outils thérapeutiques à leurs besoins. L'espace hospitalier, pensé pour les corps et les esprits perçus comme standards, fabrique ainsi le « *misfit* » et avec lui la non-reconnaissance, voire les abus médicaux (médication abusive ici).

Les liens entre autisme et TCA peuvent inclure des rituels et routines autour des repas, des besoins sensoriels autour de la nourriture, ou encore le rejet de certains aliments en raison de leur goût, leur texture ou leur température (Schröder *et al.*, 2022 ; Simeon *et al.*, 2025). Dans une perspective féministe et crip, il ne s'agit cependant pas de considérer l'autisme comme un facteur de « risque » biologique, mais de comprendre comment les environnements normatifs rendent les expériences autistiques plus susceptibles de se traduire par des conduites alimentaires spécifiques. Autrement dit, ce n'est pas l'autisme qui « cause » l'anorexie, mais la manière dont la société traite les personnes neurodivergentes, particulièrement les femmes et les minorités de genre, qui peut pousser à des comportements comme le contrôle et la restriction. Les *disability studies* permettent de dépathologiser les traits autistiques et les conduites alimentaires associées, pour reconnaître la validité des adaptations mises en place par les personnes concernées, tout en repensant le soin non en termes de normalisation mais d'accommodations et de respect des modes d'être dits « atypiques ». Par exemple, Elena raconte :

J'ai des périodes où je peux manger qu'une sorte de nourriture mais j'ai pas l'impression que c'est [lié aux] TCA, j'ai vraiment l'impression que sensoriellement

c'est tout ce que je supporte. Là il y a eu une période où je mangeais que des nouilles aux brocolis pendant un mois et j'arrivais pas à manger autre chose. J'avais pas l'impression que c'était grave, j'avais juste l'impression que c'était ma *safe food*. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Ce qui pourrait être interprété comme un symptôme de TCA dans une prise en charge ne prenant pas en compte la neurodivergence apparaît ici comme une stratégie de régulation sensorielle efficace. De la même façon, Maël souligne que ses difficultés actuelles pour faire l'épicerie et se nourrir sont les effets d'une « *skill regression*¹⁴ » liée à sa neurodivergence, et Loren évoque « une tendance à manger tout le temps les mêmes choses », que l'anorexie a intensifiée, mais qui persiste au-delà du trouble. Ces récits remettent ainsi en cause la capacité des catégories psychiatriques à discerner l'adaptation de la « pathologie ». Ils révèlent la manière dont certains comportements alimentaires perçus comme déviants peuvent aussi être des réponses légitimes à un environnement sensoriel ou social inadapté.

Ce chapitre a montré que la reconnaissance de l'anorexie est traversée par des normes multiples, qui façonnent la manière dont les personnes concernées peuvent, ou non, nommer, habiter, et faire entendre leur expérience. Les récits recueillis révèlent à la fois une aspiration à la reconnaissance et une tension avec les catégories médicales existantes, perçues comme normatives, stigmatisantes ou réductrices. J'ai proposé de repenser l'anorexie comme une expérience d'invisibilité, de stigmatisation, mais aussi comme une forme d'incapacité socialement construite, dans ses dimensions relationnelles, sensorielles et institutionnelles. Toutefois, si la reconnaissance est une première condition de justice, elle ne garantit pas la dignité dans les espaces de soin. Le chapitre suivant explore comment le savoir médical peut devenir un outil de dépossession et de violence. J'y examine les dispositifs psychiatriques qui réduisent les voix anorexiques au silence, mais j'y montre aussi comment les usager.e.s de soins déploient des stratégies de résistance face à ces pratiques.

¹⁴ « *Skill regression* », qu'on pourrait traduire par « régression des compétences », fait référence à la perte partielle ou totale d'aptitudes précédemment acquises (marcher, parler, cuisiner, etc.), qu'on retrouve notamment dans le trouble du spectre autistique ou dans certains contextes traumatiques.

Chapitre 4 : Le soin en tension : violences institutionnelles et voix résistantes

Ce second chapitre d'analyse des données s'intéresse à la confiscation de la voix anorexique par le savoir médical dans le cadre des soins. Après avoir dressé une brève histoire du diagnostic d'anorexie et présenté un portrait du « traitement » en Suisse et au Canada, j'examine comment le soin peut blesser, en interrogeant la psychiatrie comme outil de pouvoir et de normalisation. Je montre ensuite les conséquences épistémiques de ces violences, souvent infantilisantes, tout en mettant en avant des formes de résistance qui passent par la mobilisation d'une expertise située sur son propre trouble.

4.1 Quand le soin blesse

Comme tout diagnostic, l'anorexie hérite d'une histoire, qui révèle qu'elle n'a jamais été un pur objet médical, mais a plutôt été constamment redéfini au prisme de normes de genre et d'attentes sociales. L'historienne Joan Jacobs Brumberg est une des premières à réaliser une histoire de l'anorexie, dans son ouvrage influent *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa* (1988). Ce retour historique permet de mieux comprendre comment les conduites alimentaires féminines ont été, dès leur première description clinique, pensées comme pathologiques, irrationnelles et intrinsèquement liées à une féminité déviante.

Brumberg (1988) explique que l'anorexie comme diagnostic moderne a été « découverte » (ou plutôt « inventée ») à la fin du XIXe siècle, plus précisément dans les années 1870. L'historienne replace cependant ce diagnostic dans une longue histoire de refus de nourriture et de contrôle de l'appétit des femmes, depuis le Moyen-Âge et les « saintes » anorexiques. En effet, dans l'Europe médiévale, particulièrement du XIIIe au XVe siècles, le refus de s'alimenter par des femmes était associé à des significations religieuses, comme la transcendance, l'ascétisme, voire le miracle (Brumberg, 1988). Bell (1985), qui retrace cette histoire, parle ainsi d'anorexie sacrée (« *holy anorexia* »).

Au XIXe siècle, le déclin dans la foi et la montée de l'autorité scientifique ont progressivement transformé le refus de nourriture « from a religious act into a pathological state » (Brumberg, 1988, p.7). En 1873, le médecin anglais Sir William Gull¹⁵ et le médecin français Ernest-Charles Lasègue¹⁶ théorisent pour la première fois, à quelques mois d'écart, ce qu'ils appellent respectivement l'« anorexia nervosa » et l'« anorexie hystérique », comme une maladie à part entière touchant des jeunes filles de classe aisée. Gull, qui rejette l'association de Lasègue de l'anorexie à l'hystérie¹⁷ au profit d'une origine nerveuse, dresse un portrait clinique de l'anorexie très semblable aux critères de diagnostic contemporains (hypothermie, aménorrhée, hyperactivité...). Il avance l'importance de ne pas écouter les patientes, celles-ci refusant de guérir et défiant les prescriptions médicales (Brumberg, 1988 ; Showalter, 1985). Darmon (2003) ajoute que cette fin de siècle correspond également à une période d'accentuation de la médicalisation des conduites féminines hors-normes, faisant de la femme une éternelle malade. Dès son identification, l'anorexie est donc conçue comme un trouble spécifiquement féminin et le refus de s'alimenter est pathologisée comme conduite féminine inacceptable (Showalter, 1985). Quant au « traitement » du XIXe siècle, celui-ci requiert une soumission totale de la patiente au médecin et repose sur des pratiques coercitives, comme le gavage (*force feeding*), les chocs électriques, l'isolement et le repos au lit forcé. En outre, les théories explicatives les plus répandues sont déjà infantilisantes (recherche d'attention par la patiente, culpabilité de la famille), et la « guérison » est associée au gain de poids, ainsi qu'à la restauration d'une féminité normative de classe moyenne. L'anorexie moderne entre dans la première édition du DSM en 1952, avant de regagner en intérêt dans les années 1970-1980, notamment via la presse populaire (Brumberg, 1988).

¹⁵ Dans son article fondateur « Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterical, Anorexia Hysterica) ».

¹⁶ Dans son article fondateur « De l'anorexie hystérique »

¹⁷ Brumberg (1988) précise que si le nom que Gull donne à la maladie (*anorexia nervosa*) reste, ce n'est pas le cas de sa distinction entre anorexie et hystérie, l'anorexie continuant à être considérée comme une variante de l'hystérie, une expression dérangement de la féminité, par la grande majorité des médecins du XIXe siècle et du début du XXe siècle.

Ainsi, l'invention du diagnostic d'anorexie à la fin du XIXe siècle montre que celui-ci n'est pas un savoir neutre ou éternel, mais un dispositif historique situé, qui a associé anorexie, hystérie et féminité pathologique. La psychiatrie moderne hérite de ce regard genré et normatif sur les conduites alimentaires, reconduisant des logiques de pathologisation de la féminité « déviante » jusque dans les dispositifs de soin actuels. Avant d'aborder ces formes contemporaines de violences médicales que les personnes anorexiques vivent et décrivent, il importe de situer brièvement les contextes de soins dans lesquels ces violences se déploient.

En Suisse, l'offre de soins pour les troubles alimentaires repose largement sur des cliniques privées spécialisées¹⁸, souvent onéreuses. Il existe également quelques structures publiques spécialisées, souvent des hôpitaux universitaires¹⁹, mais elles restent peu nombreuses. Les hôpitaux psychiatriques et pédo-psychiatriques publics, non spécialisés en TCA, offrent également des soins ambulatoires et hospitaliers. Enfin, il existe des cliniques et hôpitaux dits semi-privés, c'est-à-dire dont la gestion est privatisée mais qui sont remboursés par les assurances publiques (CHUV, n.d ; Clinique Belmont, n.d ; HUG, n.d ; Mekui & Weber, 2015). À l'inverse, le Canada s'appuie majoritairement sur son réseau public, dans lequel les soins hospitaliers sont couverts par le régime d'assurance maladie de chaque province ou territoire²⁰. Il existe également des réseaux provinciaux et communautaires²¹, ainsi que quelques cliniques privées et centres résidentiels (ACTA, 2019 ; Couturier *et al.*, 2020). Cependant, les services publics spécialisés pour les troubles alimentaires ont de longs délais d'attente (pouvant atteindre deux ans) et restent rares, surtout pour les adultes. L'offre de soins hospitaliers spécialisés pour adultes est même absente dans plusieurs provinces

¹⁸ Par exemple, la clinique Belmont, la clinique La Métairie, la clinique Les Alpes, NEOVIVA, ou encore la clinique Paracelsus.

¹⁹ Comme le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

²⁰ Parmi les cliniques financées par l'État, on retrouve le *Provincial Specialized Eating Disorders Program* du *BC Children's Hospital* (Vancouver), le Programme des troubles de l'alimentation rattaché à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Montréal), ou encore le Programme des troubles des conduites alimentaires pour personnes de 18 ans et plus du Centre hospitalier de l'Université Laval (Québec).

²¹ Comme *Sheena's Place* à Toronto, *Hopewell* à Ottawa et Anorexie et boulimie Québec (ANEB) à Québec.

(Armour *et al.*, 2024). De manière générale, le prix des soins est donc mieux couvert au Canada, mais les délais d'attente sont plus longs. Dans les deux pays, l'accès aux soins reste inégal, marqué par des différences dans la qualité des soins entre le système public et privé, et par un accès beaucoup plus facile en zones urbaines que dans les cantons périphériques (Suisse) ou les zones rurales, nordiques et les territoires (Canada) (ACTA, 2019 ; Morenon & Flury, 2025).

Quant aux options et méthodes de « traitement », elles restent similaires dans les deux zones géographiques²², même si on peut remarquer un plus grand recours à la pair-aidance et davantage d'initiatives de prévention au Canada qu'en Suisse (Burr *et al.*, 2020 ; LaMarre *et al.*, 2024 ; Morenon & Flury, 2025). De plus, la sonde d'alimentation est fréquemment utilisée en Suisse en hospitalisation dans un but de renutrition des patient.e.s, tandis que son usage reste très rare au Canada, comme le soulignent deux participantes :

Dans certains pays, si t'as pas eu le tube, c'est genre, t'as pas été assez malade. En France, je pense que c'est quand même gros cette culture-là, tandis qu'au Québec c'est très, très, très rarement utilisé, moi j'en ai jamais vu à l'hôpital où j'ai été. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Au Québec, c'est différent justement de l'Europe, en ce sens où, ici, le tube nasogastrique n'est jamais ou pratiquement jamais utilisé, tandis qu'en Europe, ça l'est tout le temps. [...] Dans tout le monde du Douglas [hôpital] que je connais, il y en a deux qui l'ont eu. Au Québec, c'est tellement rare parce qu'on a vraiment une éthique différente, c'est considéré comme quelque chose d'invasif et de coercitif comme méthode. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Si ces différences n'ont pas été explorées de manière systématique dans cette recherche, elles constituent un arrière-plan important pour comprendre la diversité des expériences de soin recueillies. Dans les deux contextes néanmoins, les personnes concernées décrivent des soins souvent vécus comme inadaptés, violents et coercitifs. Pour analyser cette expérience commune, nous pouvons mobiliser le concept de violences institutionnelles,

²² Incluant, entre autres, hospitalisation complète, suivi psychothérapeutique individuel (généralement basé sur la thérapie cognitivo-comportementale pour les adultes et la thérapie familiale pour les mineur.e.s), hôpital de jour, suivi nutritionniste, groupes de parole (Mekui & Weber, 2015 ; NEDIC, n.d).

compris ici comme l'ensemble des violences physiques, psychologiques ou symboliques exercées dans et par les institutions, souvent sous couvert de soin (Rossiter & Rinaldi, 2018). Dans le contexte psychiatrique, cette violence peut se manifester à travers des pratiques coercitives comme l'hospitalisation forcée ou la médication non consentie.

Dans cette perspective, le concept d'institution totale proposé par Goffman (1968) offre un cadre éclairant. Le sociologue décrit l'institution totale comme « un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p.41). Ce concept, que Goffman théorise justement à partir du modèle de l'hôpital psychiatrique, ne décrit pas seulement un lieu fermé, mais révèle aussi un dispositif de contrôle des conduites, des corps et des subjectivités. Dans le cadre des troubles alimentaires, il éclaire la manière dont le soin hospitalier repose sur la docilité des patient.e.s, la surveillance constante et une série de rituels normatifs que décrivent les participant.e.s, comme les repas supervisés et la pesée quotidienne.

Souvent idéalisées comme des espaces neutres de soin, les institutions médicales apparaissent donc ici au contraire comme des lieux de surveillance, de discipline, voire de dépossession. Les violences psychophobes²³ et les abus thérapeutiques ne sont pas rares en hospitalisation complète. Schott (2022) décrit comment certain.e.s patient.e.s sont contraint.e.s à prendre des psychotropes contre leur gré, alimentant ainsi l'industrie pharmaceutique de la « folie » (Burstow, 2015). Plusieurs des participant.e.s de l'étude de Joyce *et al.* (2019) rapportent également être sorti.e.s de l'hôpital dans un pire état qu'à leur arrivée. Elena, qui a été hospitalisée plus d'une dizaine de fois, affirme :

²³ La psychophobie ou sanisme (*sanism*) est définie par Poole *et al.* (2012) comme une forme d'oppression décrivant « the systematic subjugation of people who have received 'mental health' diagnoses or treatment » (p.20).

Ça m'a beaucoup traumatisée les hospitalisations. Je trouve qu'on n'a pas été très bien traité.e.s. [...] Alors ok, il fallait que je survive et c'était important que je meurs pas, mais... j'ai l'impression que oui ça m'a sauvée, mais pour la suite, pour me reconstruire, ça ne m'a pas aidée. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Le fait que la personne soit en danger de mort est en effet utilisé pour justifier des traitements coercitifs et infantilisants, comme l'hospitalisation forcée, la sonde naso-gastrique, l'isolement, ou encore la privation de téléphone, de sorties ou d'autres droits. Ces pratiques étant naturalisées au nom d'un impératif de soin ou de survie, leur violence est d'autant plus difficile à nommer et à contester. Dans ce contexte, la notion de « *curative violence* » développée dans les *disability studies* (Kim, 2017) permet de saisir comment ces violences s'inscrivent dans un régime de légitimation faisant de la « guérison » une norme indiscutable, à poursuivre à tout prix, même au détriment du consentement et de l'autonomie des patient.e.s.

Les participant.e.s suisses décrivent également le chantage thérapeutique en hospitalisation, où l'atteinte des objectifs de poids entraîne des « récompenses » et leur non-atteinte des « punitions » :

Je pouvais pas voir mes parents. Et gentiment, si je mangeais, je pouvais les voir une fois par semaine ou les appeler, des choses comme ça. Moi, je l'ai vécu comme un chantage et j'ai pas aimé ça. J'étais aussi coupée des téléphones et de la musique [...] ça c'était vraiment dur. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Tant qu'on est en sous-poids, on ne pouvait pas faire les balades ni sortir. Ma première hospitalisation était particulièrement horrible parce que je n'arrivais pas à prendre du poids. Et j'ai fait quatre mois d'hospitalisation. Donc pendant quatre mois, j'ai pas pu sortir de la clinique. C'était horrible, vraiment horrible, j'avais l'impression que toute l'équipe soignante était contre moi. (Loren, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

En fait, on a des objectifs chaque semaine et [à la] cinquième fois où on n'a pas réussi l'objectif, on a la contingence. La contingence, ça dépend du contrat, mais moi, c'était la sonde. [...] Moi, je prends ça un peu comme une punition, mais eux, ils essaient d'insister que c'est pour nous aider. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

Ce système de renforcements positifs et négatifs est loin de favoriser une relation de soin fondée sur la confiance. Tierney (2001) souligne d'ailleurs qu'il produit souvent des formes d'adhésion stratégique plutôt que de réels changements : « Patients will 'eat their way out of hospital' only to lose weight after being discharged because underlying social or psychological problems go ignored » (p.757). Elena explique justement avoir mangé en grande quantité lors de sa première hospitalisation pour pouvoir sortir rapidement de l'hôpital, sans s'être pour autant sentie guérie en reprenant du poids :

Mon but c'était de sortir le plus vite, et j'ai compris que si je prenais du poids je sortirais. Du coup je me suis empifré, empifré, empifré, on m'apportait de la nourriture en cachette et je la mangeais pour prendre du poids plus vite. Mais on m'a pas appris à apprécier différents types d'aliments, à aimer cuisiner, et j'ai pas eu d'accompagnement après [la sortie] sur les TCA. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Cette logique coercitive peut donc produire une forme d'adhésion temporaire et performative, sans nécessairement engager un réel travail thérapeutique. Au-delà de cette conformité stratégique, l'institution hospitalière peut aussi engendrer des effets paradoxaux : loin d'endiguer le trouble, elle devient parfois un lieu d'apprentissage et de renforcement des conduites anorexiques. En effet, l'entrée en institution peut aggraver le trouble en exposant les personnes anorexiques à de nouveaux savoirs ou « techniques » sur la perte de poids et la dissimulation des comportements « déviants ». Clémence et Nayma témoignent ainsi :

À l'hôpital, je me suis fait donner tellement de trucs pour tricher à mes pesées ou pour perdre sans que ça paraisse. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Mon anorexie s'est empirée au moment où je suis arrivée dans les soins parce que je voyais toutes les techniques des autres patientes, comment elles faisaient pour perdre du poids, et du coup c'est comme ça que j'ai appris. Je sais pas comment ils [le personnel soignant] auraient pu faire pour empêcher ça, mais je pense que c'était un truc majeur qu'ils auraient dû voir. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

Cet enjeu du soin comme espace de « contagion » sociale du trouble montre comment les institutions psychiatriques intensifient parfois la pathologisation au lieu de la « soigner ». Goffman, dans *Asiles* (1968), montre comment le soin psychiatrique peut devenir un espace

de circulation de ces savoirs « déviants ». Il décrit comment les personnes institutionnalisées (interné.e.s, emprisonné.e.s, etc.) développent et se transmettent des savoirs et pratiques non conformes aux règles officiels, qu'il appelle « adaptations secondaires ». Il s'agit selon lui de « pratiques qui, sans provoquer directement le personnel, permettent au reclus d'obtenir des satisfactions interdites ou bien des satisfactions autorisées par des moyens défendus » (Goffman, 1968, p.98-99). Avec Goffman, on peut donc penser ces formes de socialisation anorexique qui se développent dans l'ombre de la surveillance comme des formes de résistance face au contrôle coercitif de l'institution totale, soulignant la capacité des patient.e.s à subvertir les logiques de contrôle institutionnel.

Loin de fonctionner comme un simple dispositif de soin, l'institution psychiatrique produit donc des effets ambivalents : elle discipline, isole, punit, mais permet aussi la circulation de savoirs « déviants ». Ces paradoxes ont été au cœur des critiques formulées par les mouvements anti-psychiatriques des années 1960-1970. Ces derniers ont mis en lumière les usages sociaux et politiques de la psychiatrie comme outil de normalisation des conduites jugées déviantes (Breggin, 1994). Ils ont souligné que la « folie » est avant tout une catégorie produite par le système psychiatrique (Foucault 1976 ; Szasz 1961), qui pathologise des comportements dès lors qu'ils échappent à la norme médicale. Notons que ces analyses ont toutefois souvent occulté la manière dont les normes psychiatriques s'articulent aux rapports de genre, un angle que les critiques féministes de la psychiatrie viendront combler (voir section suivante).

À partir de cette lecture, on peut avancer que l'anorexie n'existe pas en dehors du regard médical qui la nomme, la classe et l'administre comme telle. Affirmer ceci ne revient pas à nier la réalité des souffrances vécues, mais à souligner que c'est l'institution médicale qui, en traçant une ligne entre le « normal » et le « pathologique », constitue le trouble comme objet d'intervention. Dans le cas de l'anorexie, le déclenchement du dispositif de

surveillance psychiatrique ne repose pas sur une transgression claire, mais sur un comportement d'abord encouragé, puis requalifié comme problématique (Darmon, 2003). Loren explique par exemple être « tombé.e dans la maladie » après qu'un plan alimentaire lui ait été proposé pour perdre un « léger surpoids ». Sa perte de poids initiale a été valorisée par son entourage, qu'il décrit comme ayant été « admiratif » et lui ayant fait « des compliments H24 » (entrevue virtuelle, 12 mars 2025). Le régime, le contrôle du corps et l'exercice sont ainsi valorisés socialement jusqu'à un certain seuil, à partir duquel le regard médical intervient et requalifie ces comportements comme pathologiques. Dès lors, l'individu étiqueté « anorexique » est perçu à travers le prisme du trouble, à travers lequel est lu l'ensemble de ses conduites passées et présentes. Pour Darmon (2003), en faisant du régime le premier stade de l'anorexie, les discours médicaux opèrent donc une relecture rétrospective qui pathologise une conduite souvent vécue, à l'inverse, comme une tentative de conformité aux normes sociales. C'est une illustration concrète du pouvoir narratif du savoir médical « expert », qui ne se contente pas de nommer une situation présente, mais reconfigure également le passé.

Ces logiques de pathologisation ne relèvent pas uniquement d'une structure disciplinaire : elles s'inscrivent aussi dans un régime économique plus large. Les violences psychiatriques sont en effet renforcées, voire motivées, par des considérations néolibérales de gestion des corps, comme l'ont montré Adler-Bolton et Vierkant (2022). Dans *Health Communism*, ces derniers explorent la manière dont la psychiatrie est devenue un instrument de gestion, de pathologisation et de surveillance des populations considérées comme non productives. Selon eux, les institutions psychiatriques se sont développées pour répondre aux besoins du capitalisme dans sa gestion de ce « fardeau » de populations excédentaires, qu'ils appellent « the surplus populations ». Les personnes jugées incapables de produire ou de guérir (personnes handicapées, psychiatisées, malades) sont ainsi « framed as a drain or a burden on society » (Adler-Bolton & Vierkant, 2022, p.19) par le système de production

capitaliste. Elena rapporte les propos violents d'une infirmière lors d'une de ses hospitalisations dans un hôpital psychiatrique non spécialisé en TCA :

Une phrase qui m'a marquée, c'est quand une infirmière m'a dit « tu utilises le lit qu'un cancéreux pourrait utiliser. Toi, t'as choisi d'être là ». J'avais 12 ou 13 ans, c'était très violent. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

La santé sous le néolibéralisme va donc plus loin qu'une responsabilisation des individus pour leur état de santé. Dans un contexte où la santé publique est pensée en fonction de sa rentabilité, les troubles comme l'anorexie sont perçus comme des coûts pour l'État et les contribuables, et les individus sont sommés de se comporter adéquatement pour ne pas peser sur le système. En occupant un lit dans un hôpital public en raison d'un trouble considéré comme auto-infligé, Elena devient une mauvaise citoyenne, un « fardeau » pour un système de santé néolibéral stigmatisant la « dépendance » chronique.

4.2 Savoirs experts contre savoirs situés

Les logiques de surveillance et de punition décrites précédemment s'accompagnent d'un déni de légitimité de la parole des personnes concernées, souvent perçues comme incapables de participer activement aux décisions médicales qui les concernent. Cette dépossession symbolique de la parole prolonge la dépossession matérielle des soins, constituant un autre versant des violences médicales vécues.

La psychiatrie demeure largement ancrée dans ce modèle de soin paternaliste (Emanuel & Emanuel, 1992), où le médecin incarne l'autorité et le savoir, tandis que l'usager.e de soins reçoit passivement les soins. Dans le cas de l'anorexie particulièrement, les patient.e.s sont considéré.e.s comme des objets, ou du moins des sujets irrationnels, qu'on refuse d'écouter et à qui on explique rarement les décisions de traitement qui les concernent. Nayma et Maude-Sophie déplorent cette dépossession de l'agentivité thérapeutique :

Il y a avait un moment où j'étais en sous-poids et où j'avais l'impression d'être traitée différemment que les autres [patientes] parce que toutes celles qui étaient en sous-poids avaient une sonde et moi, ils ne voulaient pas m'en mettre. Plus tard, je

n'étais plus en sous-poids, mais j'ai fait une rechute et on m'a mis la sonde. Je comprenais pas pourquoi on m'en la mettait maintenant et pourquoi on ne me l'avait pas mise avant. [...] Ils m'ont pas du tout expliqué pourquoi, du coup, ça, j'ai pas du tout aimé. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

C'est ton propre traitement et pourtant il y a beaucoup de choses sur lesquelles t'as pas vraiment le droit ou t'es pas accueillie quand t'essayes de te prononcer. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025).

Ce refus d'expliquer et d'écouter réactive également des dynamiques de pouvoir patriarcales dans la relation de soins. Phyllis Chesler (1972) et Elaine Showalter (1985), dans la lignée des critiques féministes de la psychiatrie, ont montré comment la relation de soin psychiatrico-thérapeutique reproduit une infantilisation des femmes. Showalter (1985) dénonce une relation de pouvoir paternaliste entre un psychiatre et des patientes traitées comme des enfants. Pareillement, Chesler (1972) critique la structure de la thérapie comme étant fondée sur la reproduction d'un rapport père-fille, où le savoir du médecin est imposé et où les décisions sont prises sans consentement éclairé. Ce paternalisme sexiste se retrouve très explicitement dans le témoignage de Clémence à propos du Dr Jean Wilkins, pédiatre influent au Québec, spécialiste des TCA chez les adolescentes :

Il a eu vraiment des effets très négatifs [sur moi]. Il choisit ses patientes et il a des critères. Pis, il nous appelle ses filles. Il est très, comme l'anorexie, c'est avec un IMC de tant. [...] La première fois que je l'ai rencontré, il comprenait pas, il a dit « Ah, mais toi t'es dans l'hôpital ? Pourtant t'es chanceuse, t'en as pas beaucoup à prendre ». [...] C'était plein de petits commentaires très invalidants, en fait. Pis lui, il est contre la médication, fait que dès que t'as besoin de voir un psychiatre, c'est comme « Trouves toi un autre médecin, je suis pas médecin, moi, de filles qui ont besoin d'un psychiatre pis de médication ». (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

L'appellation « mes filles » employée par ce médecin révèle un rapport hiérarchique genré, où les jeunes filles qu'il « traite » sont perçues comme des enfants sous sa tutelle. Cette posture pseudo-paternelle neutralise la possibilité d'un dialogue thérapeutique égalitaire, reproduisant l'asymétrie dénoncée par Chesler (1972) et Showalter (1985). Le médecin incarne ici un savoir expert qui prétend détenir la vérité sur le trouble, le réduisant à

la norme chiffrée de l'IMC. En outre, son exclusion des adolescentes nécessitant une prise en charge psychiatrique révèle un double mécanisme de disqualification, voire de refus de soin, des subjectivités trop complexes ou trop souffrantes et de survalorisation des formes jugées « pures » ou acceptables d'anorexie, soit ici sans co-morbidités psychiatriques visibles.

La parole des personnes anorexiques est d'autant plus inaudible que tout ce qu'elles disent et font est interprété sous l'angle du trouble, empêchant la possibilité même d'être entendues comme sujet rationnel (Kendall, 2013 ; Saukko, 2008). Brain (2002) affirme ainsi que dans le discours biomédical, « any feelings or explanations that the anorexic might express [is] pathologized away as symptomatic 'distortions' arising from her 'faulty body' or dysfunctional development » (p.152). Loren et Maude-Sophie témoignent :

Quand je suis énervé.e ou en détresse, souvent, les psychiatres disent que « c'est la maladie qui parle ». Mais on peut être en difficulté sans que ce soit forcément la maladie qui parle. Quand je dis que quelque chose ne me va pas, quand je pose une limite, quand je dis qu'une thérapie ne me va pas, c'est pas la maladie qui parle, c'est moi qui suis en train de parler de ce qui est bien pour moi. [...] Les idées que j'ai, elles m'appartiennent et ce n'est pas tout le temps relié à la maladie. Je pense qu'on devrait éviter de nous mettre dans une case et dire « ok, elle est malade, elle peut pas réfléchir, c'est bon, on l'écoute pas ». (Loren, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Des fois, c'est difficile de départager si c'est la personne qui parle ou si c'est son trouble. [...] Fait que pour des choses de même, j'ai l'impression que les intervenant.e.s, en cas de doute, sont comme, ben on va dire que c'est le trouble. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Lorsque Maude-Sophie demande si les courbes de poids prennent en compte le fait qu'elle ne soit pas une personne blanche, cette interrogation est également mise « sur le dos du trouble ». Ainsi, selon une logique tautologique, la moindre remise en compte ou critique du traitement est interprétée comme un symptôme de la « maladie » à éradiquer, plutôt qu'un discours à entendre. À l'inverse, la conformité au traitement devient la seule preuve de rationalité et de « guérison » :

Compliance with the goals of the treating team results in patients being defined as rational and in "recovery" [...] Alternatively, patient attempts to exercise autonomy or make decisions about treatment that deviate from the treatment plan can be reframed

as evidence that the patient is controlled by AN[orexia] and unable to autonomously and competently make treatment decisions, which in turn justifies paternalism (Kendall, 2013, p.37).

Or, plutôt que d'y voir un symptôme pathologique intrinsèque à l'anorexie, il est possible de lire ces résistances comme des réponses situées à un traitement qui infantilise, contrôle et dépossède de toute agentivité. Lorsque le traitement échoue, c'est néanmoins la personne qui est blâmée, plutôt que les méthodes de soins, comme le montre l'expérience de Maude-Sophie en programme de jour :

J'ai fait 12 semaines [dans le programme] alors que j'étais supposée d'en faire 16, parce qu'ils ont un système de drapeaux, et à trois drapeaux, t'es mis dehors. Les drapeaux, tu peux les avoir parce que tu ne complètes pas ton assiette par exemple. Ou si t'as un contrat de poids pis que t'as pas pris ton poids, c'est un drapeau. [...] Il manque un peu de flexibilité par rapport à ça [...] comme moi, j'ai tout fait pour prendre mon poids, je savais pas pourquoi j'en prenais pas, pis j'ai quand même été mise dehors. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Ici, l'obtention de « drapeaux » est interprété comme un manque d'engagement ou de motivation de l'usager.e de soins dans son traitement, fonctionnant comme un outil disciplinaire qui transforme des difficultés cliniques en fautes morales. Les soins sont ainsi conditionnés à la docilité, sans égard pour les facteurs contextuels qui pourraient expliquer l'absence de progression attendue. Cette logique de culpabilisation et de sanction occulte la possibilité que le traitement lui-même puisse être inadapté à certaines personnes.

Ainsi, l'infantilisation ne concerne pas seulement les pratiques, mais aussi les représentations épistémiques du trouble, où la parole « malade » est toujours suspecte, ne pouvant être reconnue comme un savoir légitime. Néanmoins, les personnes concernées ne sont pas passives face à cette disqualification épistémique. Elles résistent, contestent et produisent des formes alternatives de savoirs, fondées sur leur vécu, qui leur permettent de reprendre du pouvoir sur leur trajectoire de soin.

On peut penser les savoirs situés développés par les personnes anorexiques comme des savoirs assujettis (Foucault, 1997), c'est-à-dire des savoirs « disqualifiés comme savoirs

non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés : savoirs naïfs, savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs en dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requises » (p.9). Le savoir des personnes anorexiques est relégué au rang de discours « profane », inapte à participer à la production de vérité sur le trouble. Margaret Price (2011) a montré que les personnes vivant avec des troubles mentaux sont souvent privées de « rhétoricité » (*rhetoricity*), c'est-à-dire de la capacité à être entendues comme sujets valables, capables de produire un récit crédible. Dans cette logique, la parole des personnes anorexiques est présumée invalide avant même d'être entendue : si elles résistent au traitement, c'est « la maladie qui parle », si elles posent des questions, c'est un symptôme, si elles revendiquent un savoir, c'est de l'arrogance ou de la confusion. Comme l'exprime Wendell (1996), le discours médical refuse ainsi d'attribuer aux patient.e.s la moindre autorité cognitive sur leur propre corps.

Or, cette disqualification repose sur un présupposé erroné : que seul le savoir médical serait neutre, rationnel et universel. Les travaux de Donna Haraway (2007), Sandra Harding (1991) et Patricia Hill Collins (1990) ont montré que tout savoir est situé, et que les savoirs produits depuis les marges peuvent être non seulement légitimes, mais aussi plus critiques, transformateurs et sensibles aux effets de pouvoir. Repenser l'anorexie depuis l'expérience vécue permet ainsi d'ébranler le monopole psychiatrique sur la définition du trouble, et d'ouvrir la voie à d'autres intelligibilités. Wendell (1996) affirme que les personnes malades ou handicapées possèdent un savoir précieux, non pas malgré leur condition, mais à partir d'elle. Ce savoir, ancré dans l'expérience de la douleur, la lenteur, la dépendance ou encore la vulnérabilité, n'est pas réductible à une vérité scientifique objective. Il constitue une connaissance située et corporelle, qui permet de repenser les normes dominantes du soin (Wendell, 1996). Plusieurs participant.e.s incarnent cette revendication d'un droit au savoir.

Maude-Sophie, dont les parents sont psychologues et qui étudie elle-même en psychologie, déploie une critique élaborée du système diagnostic :

Je trouve que les catégories diagnostiques ne sont pas assez larges [...]. On a beaucoup de travail à faire encore, à la fois au niveau des traitements, de notre manière de concevoir les troubles alimentaires sur le plan scientifique, mais aussi sur le plan populaire. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Ici et tout au long de l'entrevue, Maude-Sophie ne se contente pas de conter son vécu, elle produit une analyse théorique du système psychiatrique, fondée sur la double légitimité de son parcours académique et de son expérience personnelle. Cette position d'« *outsider-within* » (Collins, 1990), à la fois dedans et dehors des espaces de pouvoir, lui permet de formuler une critique située, qui met en lumière les angles morts du savoir médical.

Monifa, de son côté, raconte avoir développé ses propres stratégies d'auto-gestion, en dehors des institutions médicales, à travers des pratiques (le sport et l'art-thérapie) lui permettant de se reconnecter à son corps et ses émotions. Forte de vingt ans d'expérience avec l'anorexie, elle affirme ne plus dépendre de professionnel.le.s pour se soigner, reconfigurant le soin à partir de ses propres critères : « C'est quelque chose que je fais moi-même. J'ai déjà eu des professionnels, mais là, je me dis que ça fait déjà 20 ans que je suis anorexique, donc je peux me gérer toute seule » (entrevue virtuelle, 10 mars 2025). En plus de déterminer elle-même ce qui l'aide ou non, Monifa opte pour un idéal de cohabitation avec son trouble, le redéfinissant comme une composante de son identité et de sa façon d'être au monde (voir chapitre 3.3), plutôt que d'adhérer à l'idéal médical d'un retour à la norme. Si ce positionnement pourrait être interprété par le paradigme biomédical comme un déni pathologique, on peut y voir ici au contraire une résistance épistémique, un refus de se soumettre au récit médical. Notons que ces formes d'autogestion permettent une reprise de pouvoir, mais ne sont pas exemptes de tensions, notamment en ce qu'elles peuvent aussi être influencées par des logiques individualisantes de responsabilisation néolibérale du soin.

Elena trouve quant à elle dans les réseaux sociaux des formes de soin plus adaptés à ses besoins sensoriels :

Si je faisais ça [un groupe de parole] dans la vraie vie, je sais que ça me conviendrait pas parce que ce serait un groupe en rond, avec différents bruits, différents sons, ça marcherait pas pour moi. Alors que [sur les réseaux sociaux] j'avais ce groupe de parole sans avoir les effets négatifs du il y a quelqu'un qui fait du bruit ou si c'est sur internet, quelqu'un qui a un mauvais micro. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

En choisissant un espace de soin non-institutionnel et plus compatible avec son hypersensibilité sensorielle, Elena reprend un certain pouvoir thérapeutique, tout en critiquant implicitement les normes d'interaction (présentiel, contact visuel, bruit...) qui rendent de nombreux espaces thérapeutiques inaccessibles aux personnes neurodivergentes. Ce type de socialité numérique apparaît non comme un simple substitut, mais comme une modalité active de soin alternatif.

D'autres, comme Maël, développent une méfiance ouverte envers les institutions. Face à un médecin qui ne prend pas au sérieux son TCA, Maël revendique un savoir propre : « Il m'obstinait sur mes critères diagnostiques. Je suis comme "ça fait 6 ans on et off que je travaille là-dessus, je sais de quoi je parle" » (entrevue virtuelle, 10 mars 2025). Son « je sais de quoi je parle » est une affirmation d'autorité épistémique, qui défie l'idée selon laquelle seul le corps médical pourrait nommer ce qu'est le trouble alimentaire. Il ne s'agit pas ici d'un rejet total de la médecine, mais d'une reprise de pouvoir, à travers la reconnaissance que l'on peut incarner une expertise valide depuis une position « profane ». Maël apporte également des études universitaires à son médecin pour faire reconnaître le lien entre ses agressions sexuelles et son TCA, et fait preuve d'une grande autonomie dans la gestion de ses soins. Iel choisit ses professionnel.le.s, sélectionne les approches qui font sens pour iel, et s'oriente vers des espaces communautaires plus accessibles et moins normatifs :

J'ai commencé un suivi au privé avec une nutritionniste qui a une approche vraiment plus centrée sur l'alimentation intuitive, reconnecter avec le corps, des trucs comme ça [...] Ensuite de ça, j'ai fait des groupes d'art-thérapie avec un organisme

communautaire à Sherbrooke. Ma nutritionniste offre aussi des workshops sur l'alimentation intuitive là-bas. C'est vraiment cool, elle a une échelle tarifaire en fonction du revenu, c'est vraiment pertinent. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Ces choix témoignent d'un refus de l'universalité des parcours imposés, au profit d'un soin situé et accessible, qui tient compte des réalités sociales, financières et identitaires des usager.e.s de soin. Les pratiques d'auto-gestion de Monifa et de Maël déplacent le soin hors des cadres dominants, dans des espaces où les personnes peuvent redevenir actrices de leur processus de « guérison ». En refusant l'assignation à la passivité ou à la dépendance thérapeutique, Monifa et Maël affirment que « se savoir malade » peut être une ressource, un point de départ pour inventer d'autres manières de vivre et de se soigner (Stengers, 2013).

Les récits de ces participant.e.s, loin d'être anecdotiques, incarnent ce que Collins (1990) appelle des épistémologies de l'opprimé.e : des formes de savoir construites depuis la marge, articulées à partir d'expériences vécues, et orientées vers l'émancipation. Ces savoirs ne sont pas de simples compléments au savoir expert, mais en constituent une critique structurante, révélant les effets de pouvoir, les angles morts et les violences silencieuses du paradigme dominant. Maude-Sophie défend par exemple son droit à « se prononcer » et exige que les décisions la concernant soient expliquées et justifiées :

Pour moi, il faut que les choses aient du sens, il faut que [mes professionnel.le.s de santé] soient capables de justifier ce qu'ils font. [...] J'ai grandi dans le monde de la psychologie, fait que je pense que j'ai une capacité de comprendre les choses. [...] Comme patient.e, je pense qu'on a un droit de se prononcer, d'avoir un avis. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

En interrogeant la légitimité des critères médicaux et en affirmant la valeur de ses connaissances, Maude-Sophie déstabilise l'idée que seul un savoir extérieur et objectivant pourrait s'exprimer légitimement sur le trouble. À l'instar de ce que propose Stengers (2013), ces témoignages nous invitent à penser les récits des personnes « malades » comme des savoirs à part entière, capables de redéfinir les priorités et de proposer d'autres chemins vers le soin. Chez Stengers (2013), cette idée s'inscrit dans une approche qui reconnaît la valeur

de savoirs multiples et refuse de les hiérarchiser. La hiérarchie traditionnelle médecin/patient.e est remplacée par une exigence de lenteur, d'écoute et de co-construction. Les personnes concernées ne sont plus des objets d'observation, mais des sujets pensants, capables d'intervenir sur les cadres mêmes du soin.

Ce chapitre a montré comment l'institution médicale, loin d'être un simple espace de soin, fonctionne comme un appareil de pouvoir, de normalisation et de contrôle de la voix anorexique. La psychiatrie contemporaine, à travers des pratiques coercitives et des régimes de vérité paternalistes, tend à confisquer l'autorité épistémique des personnes concernées, réduites à des objets de savoir plutôt qu'à des sujets pensants. Pourtant, les participant.e.s de cette recherche opposent à cette dépossession une série de résistances : critiques théoriques, pratiques d'auto-gestion et savoirs situés viennent remettre en question la légitimité exclusive du discours médical. Ces résistances ne se présentent toutefois pas toujours sous la forme d'un refus clair ou frontal : certaines stratégies de contournement peuvent aussi, paradoxalement, renforcer la logique institutionnelle. Résister, dans ce contexte, peut ainsi impliquer une négociation ambivalente avec les normes médicales, plutôt qu'une simple opposition. Ces résistances ne visent pas seulement à dénoncer un traitement inadapté, mais invitent aussi à repenser ce que signifie « guérir ». En interrogeant le modèle biomédical de la « guérison », le chapitre suivant s'attardera à cette question pour explorer d'autres manières d'habiter l'anorexie. Comment penser la chronicité et l'ambivalence du trouble ? Quels sens subjectifs les personnes concernées accordent-elles à leur vécu ? Le chapitre 5 propose de déplacer le regard médical, pour envisager la « guérison » non plus comme un retour à la norme, mais comme un processus situé, fluide et souvent inachevé.

Chapitre 5 : Repenser la « guérison »

Le troisième chapitre d'analyse interroge les normes qui encadrent la « guérison », ou « *recovery*²⁴ » (rétablissement), de l'anorexie. La première sous-partie revient sur les présupposés du modèle biomédical du rétablissement, qui valorise une trajectoire linéaire, individualisée et performative du retour à la norme. Je propose dans cette section une lecture critique des attentes thérapeutiques, à laquelle j'oppose une conception *crip* du temps et du soin. La seconde sous-partie envisage le trouble non plus comme un symptôme à éradiquer, mais comme un espace politique de subjectivation. Elle met en avant le trouble comme langage, stratégie de survie ou repère face aux violences. Enfin, la dernière sous-partie s'attache à « *cripper* » l'anorexie, valorisant les politiques du *care* élaborées par les personnes concernées. À rebours des injonctions à « guérir » pour réintégrer la norme, il s'agit d'imaginer d'autres manières d'habiter le trouble et de faire monde avec lui.

5.1 Cohabiter avec le trouble

Que signifie « guérir » ? Selon le modèle biomédical de l'anorexie, on attend des personnes en « *recovery* » qu'elles progressent de la maladie vers la santé et la productivité, et ce progrès est mesuré avant tout par le fait de manger « normalement » et d'atteindre un poids « normal » (LaMarre & Rice, 2021 ; Larson, 2021). En hospitalisation complète notamment, c'est le regain de poids qui est la priorité, rendant selon Conti (2016) d'autant plus probable le risque de « rechutes » à la sortie de l'hôpital. Ici encore, l'IMC participe d'un régime de surveillance corporelle, où l'individu en « *recovery* » doit se rapprocher d'un

²⁴ Dans ce chapitre, j'utilise les termes de « *recovery* » (qu'on peut traduire par « rétablissement ») et de « guérison ». Hors du contexte des troubles alimentaires, le rétablissement peut désigner un processus moins normatif que la guérison, qui n'est pas nécessairement orienté vers l'effacement complet du trouble. Il peut s'agir d'apprendre à vivre avec, à se connaître, à s'aimer malgré ou avec le trouble. Dans le champ de l'addictologie, par exemple, la « *recovery* » ne désigne pas l'arrêt de la consommation, mais un changement de vie vers un mode de vie considéré plus sain. Cependant, dans le contexte des TCA contemporains, j'observe que le terme « *recovery* » a été largement coopté par le champ médical et utilisé de manière interchangeable avec « guérison », pour désigner un retour fantasmé à un état de santé pré-anorexie, aligné sur des normes corporelles et comportementales dominantes. Cette clarification relève de ma propre analyse des usages dans les discours professionnels, en l'absence de littérature académique identifiant explicitement cette distinction.

poids « idéal » pour être considéré comme en santé, rétabli. En assignant un IMC cible comme objectif thérapeutique, les dispositifs psychiatriques nient la diversité des corps et reconduisent une vision étroite de la santé, où être dans la norme devient synonyme de « guérison ». Dans leur article mobilisant les *mad studies* pour étudier de façon critique la « recovery », Schott et Langan (2024) affirment que « this medicalized version of recovery has obfuscated what psychiatric survivors say are nuanced and complex 'recoveries', imposing in their place a measuring system that weighs individual success or failure » (p.4). En d'autres termes, le modèle biomédical tend à effacer la multiplicité des vécus pour leur substituer un système binaire, où l'on guérit ou l'on échoue, selon des critères pondéraux. Cette focalisation clinique sur le poids et la nourriture, au détriment des aspects psychologiques, émotionnels et sociaux des TCA, est activement contestée par les participant.e.s :

Ma guérison, pour moi, a besoin de passer sur le plan psychologique avant d'être physique. Ce n'est pas la route que les gens reconnaissent comme valide. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

CC : - Comment conçois-tu la guérison ? Trouves-tu que la définition dominante de la guérison correspond à ton vécu ?

N : - Non, pas du tout. Parce que... Les moments où j'étais le plus malade, c'était souvent les moments où j'étais même pas en sous-poids. [...] J'ai déjà atteint à peu près mon poids de forme et ça m'a pas forcément aidée. Maintenant, il va falloir surtout travailler sur les côtés psychologiques de la maladie parce que j'ai beau prendre du poids, ça change pas grand chose. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

J'ai pas eu d'accompagnement après [la reprise de poids et la sortie de l'hôpital] et ça c'était dur. Le seul accompagnement que j'avais c'était un médecin chez qui je devais aller me peser chaque semaine. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Maël remet ici en cause la hiérarchisation biomédicale des priorités thérapeutiques, qui subordonne la santé mentale à la renutrition. Son usage du mot « valide » souligne combien les parcours de « guérison » sont évalués à l'aune de normes médicales, qui disqualifient et invisibilisent son cheminement subjectif. En montrant que ses périodes les

plus critiques ne correspondaient pas à une perte de poids importante, Nayma introduit quant à elle une dissociation importante entre les marqueurs physiques du trouble et l'intensité de la souffrance vécue. Finalement, Elena déplore que son suivi post-hospitalier se réduise à une surveillance pondérale, renforçant la logique performative de la « guérison », où il suffit d'avoir l'air d'aller mieux pour être considéré.e comme rétabli.e.

Clémence critique un discours médical répandu, selon lequel le regain de poids devrait précéder toute amélioration psychologique, car la renutrition du cerveau permettrait de mieux penser, permettrait un retour à la « rationalité » :

Personnellement, on m'avait un peu vendu à l'hôpital le fait que quand mon cerveau allait être renourri pis que j'allais reprendre le poids que j'étais censé prendre, ça allait aller mieux, mon cerveau allait voir mieux. [...] Pis moi j'ai vraiment pas senti ça là, ces effets de renutrition dans ma tête. J'ai pas senti que ça m'avait fait du bien là, au contraire. [...] Je ne pense pas que pour moi, mettons, la guérison, c'est juste une question de mon poids et de la façon que je mange. Je pense que c'est un travail sur toi. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

En affirmant ne pas avoir ressenti les effets psychiques escomptés de la prise de poids, Clémence conteste non seulement la pertinence de la renutrition comme préalable à la « guérison », mais aussi l'argument d'incompétence cognitive souvent mobilisé pour invalider la parole des personnes anorexiques au nom de leur cerveau « affamé » incapable de réflexion. Plutôt que de penser corps et esprit comme co-construits (*bodymind*), le discours médical établit ici une hiérarchisation entre corps et esprit, supposant qu'un « bon » fonctionnement cognitif dépendrait d'un corps conforme aux normes biomédicales.

De la même façon, Elena dit avoir pris du poids mais ne pas se sentir guérie « mentalement » :

Je me sens pas guérie même si je fais un certain nombre de kilos qui est de l'obésité. Et du coup les gens me disent « ah tu fais de la boulimie maintenant », mais même pas. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

On remarque ici une autre injonction médicale et sociale : celle de ne pas reprendre « trop » de poids, au risque de basculer dans une autre forme de stigmatisation, la suspicion

de la boulimie. Si la « guérison » est définie avant tout comme un regain de poids, cela présuppose non seulement que la personne anorexique est en sous-poids, mais aussi qu'elle disposait auparavant d'un corps dont l'IMC se situait dans l'intervalle considéré comme sain par les institutions médicales. Ce modèle de compréhension repose donc sur une trajectoire linéaire implicite (passage d'un corps normatif à un corps amaigri, pour retourner à la norme pondérale), excluant *de facto* les personnes grasses et au corps non normatif. En plus de disqualifier l'expérience de l'anorexie dans les corps gros, la projection du diagnostic de boulimie sur le corps d'Elena illustre la pathologisation des corps non minces, systématiquement associés à des troubles « du trop ».

Dans les discours dominants sur les troubles alimentaires, la « guérison » est également conçue comme une restauration du soi « normal », débarrassé de la maladie. Cette conception repose sur une série de normes implicites : elle présuppose qu'il existe un état antérieur sain, désirable, auquel il faudrait revenir, et que le trouble est un dysfonctionnement localisé dans l'individu, à corriger (Clare, 2017a). Cette vision de la « guérison », ancrée dans le paradigme biomédical, épouse les valeurs néolibérales d'individualisme, de productivité et de responsabilité personnelle. La trajectoire de rétablissement est présentée comme un choix individuel, une preuve de volonté, par laquelle le sujet doit surmonter son trouble, changer sa manière de penser et redevenir un.e citoyen.ne pleinement fonctionnel.le. « If the anorexic tries hard enough to change the mind, she just might get better », écrit Larson (2021, p.402), révélant la charge morale sous-jacente à ce discours. Le bon patient ou la bonne patiente devient ainsi celui ou celle qui veut « guérir », qui accepte les soins, qui progresse, et qui, *in fine*, redevient un.e membre productif de la société. Dans ce contexte, « guérir » ne signifie pas seulement se sentir mieux, mais avant tout re/devenir un corps acceptable, c'est-à-dire performant, autonome et rationnel. Adler-Bolton et Vierkant (2022) dénoncent cette logique en affirmant que « the goal of healing [under capitalism] is to return the ill to their prior,

productive status » (p.58). La « guérison » devient ici une technologie de pouvoir (Foucault, 1975), qui trie les vies entre celles jugées récupérables et celles perçues comme sacrificables. En s'appuyant sur le cas des personnes suicidaires, Baril (2025a) montre que ce tri s'opère selon des logiques capacitistes : certain.e.s, considéré.e.s comme trop âgé.e.s, trop handicapé.e.s ou trop malades, sont implicitement ciblé.e.s pour mourir, tandis que d'autres, encore « sauvables », sont piégé.e.s dans un processus de « capacitation » (p.21) visant à restaurer leur validité sociale et corporelle. Transposée aux personnes anorexiques, cette analyse éclaire comment l'injonction à guérir participe à une économie morale où seuls les corps normés et performants mériteraient d'être sauvés.

Cette conception de la « guérison », en plus d'être normative, est aussi profondément individualiste et dépolitisante. Elle efface les structures sociales, culturelles et politiques qui façonnent les parcours de rétablissement. Comme le rappellent LaMarre et Rice (2021), les parcours de « *recovery* » sont profondément inégaux, dépendant des ressources disponibles (soutien social, accès au soin, stabilité matérielle), mais aussi de la capacité à se reconnaître dans les modèles de « guérison » proposés. Penser la « guérison » comme une décision personnelle naturalise ainsi des parcours traversés par des dynamiques de pouvoir et culpabilise les individus qui ne parviennent pas à aller mieux selon les critères dominants. Le discours selon lequel « il suffit de choisir d'aller mieux » devient une rhétorique punitive, où l'échec à « guérir » est interprété comme un manque d'efforts ou de motivation (LaMarre & Rice, 2021). Maude-Sophie dénonce cette logique de responsabilité individuelle dans le système de soin québécois :

Le système québécois, il est très noir ou blanc. Pis les drapeaux [voir chapitre 4.2] l'illustrent très bien : l'idée est que si tu t'impliques et si tu persistes, tu vas un jour te rétablir. [...] Quand ça fonctionne pas, c'est « oh bah le trouble a repris le dessus ». Mais je pense pas que ce soit aussi tranché au couteau. C'est plus complexe, plus nuancé que ça. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Cette vision binaire (soit on guérit par effort personnel, soit le trouble « reprend le dessus ») reflète ce que LaMarre et Rice (2021) identifient comme l'effet du paradigme du choix individuel, qui dépolitise la souffrance et invisibilise les contextes sociaux dans lesquels elle s'enracine. Le système médical est conçu pour reconnaître et récompenser les trajectoires « lisibles », conformes à une narration normative et linéaire du rétablissement. À l'inverse, toute forme de stagnation, de rechute ou d'ambivalence est perçue comme un échec personnel.

La conception médicale de la « *recovery* » impose une vision linéaire et progressive du trouble (LaMarre & Rice, 2021 ; Saukko, 2008), marqué par une entrée, une aggravation et une sortie par le traitement. Cette trajectoire est reproduite par une partie de la littérature en sciences sociales sur l'anorexie, comme par Darmon (2003), qui décrit quatre phases de la « carrière anorexique » (engagement, perdurance de l'engagement, maintien de l'engagement malgré la surveillance, prise en charge médicale). Cette vision normative occulte les vécus discontinus, ambivalents et chroniques décrits par plusieurs de mes participant.e.s :

Je dis souvent, moi, je serai anorexique toute ma vie. J'aurais juste des moments de rechute, mais ça va pas... ça va jamais partir, un peu comme un alcoolique est toujours alcoolique. Je me dis que je suis anorexique et je le resterai tout le temps. (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Je suis pas une patiente très facile, ça fait trois ans et demi que je suis à l'hôpital et que j'arrête pas de faire des rechutes et c'est très... compliqué pour eux [le personnel médical]. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

Tandis que Monifa accepte la chronicité de son trouble, marqué par de nombreuses rechutes depuis ses 13 ans, Nayma semble interpréter ses rechutes répétées comme un échec personnel. L'intériorisation du regard médical l'amène à se percevoir comme une « mauvaise patiente », en inadéquation avec les attentes implicites de progression continue vers la guérison. À rebours de la conception de la « *recovery* » comme ligne droite vers la normalité, les récits des participant.e.s montrent qu'il s'agit davantage d'un processus fluctuant et non

linéaire, mais aussi que l'objectif le plus accessible est souvent celui du « vivre avec » plutôt que du « guérir de ».

J'ai l'impression que je vais vivre avec toute ma vie. Et que c'est plus apprendre à vivre avec et apprendre à gérer les rechutes. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Je me suis un peu résigné.e au fait de... pas nécessairement jamais être capable de m'en sortir, mais d'être capable de cohabiter avec, dans une optique d'arrêter de focaliser sur la guérison, puis plus focaliser sur mon day to day, t'sais comment je cohabite avec mes enjeux alimentaires. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Je pense pas que je vais guérir, ça va jamais arriver. J'ai appris à naviguer avec ça. Ce que je fais, c'est que je mets des gardes-fous pour ne pas m'emmener trop loin. (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Aujourd'hui, ça va vraiment mieux, j'ai plus de suivi et tout, mais... il y a comme des habitudes que ça ne va pas s'enlever. Pis j'apprends un peu à vivre avec. [...] Je pense pas que je peux être à 100% comme quelqu'un qui aurait jamais vécu ça mettons, [...] mais je suis capable de vivre ma vie quand même correcte. (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Ces récits dessinent une cartographie très différente de celle des protocoles médicaux.

Elena affirme se focaliser avant tout sur l'apprentissage du « vivre avec », Maël envisage le trouble comme quelque chose à stabiliser ou avec lequel « cohabiter » plutôt qu'à éliminer et Monifa met en place des stratégies concrètes, qu'elle appelle « gardes-fous », pour éviter de rechuter « trop loin ». Clémence, finalement, souligne que certaines habitudes persistent malgré une amélioration globale, suggérant que l'histoire du trouble continue de traverser son présent. Sa citation introduit la possibilité d'une mémoire corporelle du trouble, qui pourrait persister même en l'absence de symptômes cliniques actifs, ce qui déstabilise l'idée que « guérir » équivaut à effacer le passé du corps pour revenir à un « avant ». De manière générale, tou.te.s les participant.e.s rejettent cette idée du retour à un soi « intact » ou « guéri », pour envisager une forme de stabilité plus réaliste, celle d'un équilibre fragile et négocié au quotidien. Ici, l'enjeu n'est pas d'atteindre un état de santé idéalisé, mais de construire des conditions d'existence supportables, à travers le trouble. Cet idéal du « vivre avec » permet de remettre en question l'idée selon laquelle la santé serait une condition

nécessaire à une vie désirable. Comme l'affirme Wendell (1996) en décrivant sa propre expérience avec une maladie chronique, « a disability or illness is like any other difficulty with which, or around which, a person can live a good life » (p.3).

Le questionnement sous-jacent aux récits des participant.e.s (peut-on vraiment guérir ?) est d'autant plus sensé qu'aucune des personnes interrogées dans cette recherche n'a affirmé considérer son expérience de l'anorexie comme « passée ». Ce fut également une réponse très minoritaire (3 personnes sur 29) à la question « Votre expérience de l'anorexie est-elle une expérience passée, une expérience actuelle, ou une combinaison des deux ? » dans le questionnaire de présélection de cette recherche. Similairement, dans l'étude empirique de Conti (2016), 20 des 21 personnes interrogées considèrent la « *recovery* » comme « a state that [is] impossible for them to achieve or a concept that [is] unable to capture the complexity of their lived experience » (p.76). Pourquoi alors les institutions médicales persistent-elles à promouvoir l'idéal d'une « guérison » totale, au mépris de cette réalité vécue, mais aussi chiffrée²⁵ ? Selon Maude-Sophie, ce discours peut être délétère :

Pour certaines personnes qui ont un trouble de longue date, je trouve que ça met beaucoup en échec. Ça fait vivre des échecs, puis ça devient frustrant. [...] Avec le temps et avec le nombre d'échecs que tu cumules, à un moment donné, c'est juste décourageant. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

En imposant cet horizon de guérison totale, pourtant inaccessible pour la majorité des individus, les dispositifs de soins risquent donc de reproduire du découragement, de la honte et de la désaffiliation thérapeutique. Vivre avec un trouble, de façon prolongée, devient une forme d'échec.

En outre, comme le montre Clémence, les institutions médicales imposent très concrètement des temporalités rigides en leur sein, où la « bonne » manière de manger devient par exemple codifiée :

²⁵ Selon Cottin (2020), seulement 30 à 40 % des personnes anorexiques ou boulimiques connaissent une guérison « totale », tandis que 30 % connaissent une rémission partielle, 20 à 30 % évoluent vers une forme chronique et 10 % décèdent.

[À l'hôpital], il y avait un *timer*, on avait 40 minutes pour manger, mais fallait pas qu'on en prenne 30 là, c'était pas assez, ça veut dire que tu manges trop vite. Fait que faut que tu manges full lentement, des mini-mini-bouchées. Avant de rentrer à l'hôpital, c'était pas... c'était pas des choses que je faisais naturellement dans mon trouble. Encore quand je mange aujourd'hui, des fois, je suis comme « mon Dieu, je mange trop vite, il faut que je fasse des petites bouchées ». (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Cette norme comportementale apprise par Clémence à l'hôpital, et intériorisée bien au-delà de l'hospitalisation, révèle à quel point la guérison est envisagée comme un alignement sur un rythme prescrit, ni trop lent, ni trop rapide, déconnecté des temporalités subjectives. Ce régime de temporalité prescriptive renforce le contrôle médical sur les corps, en définissant ce qu'est une vitesse acceptable pour manger, et en l'associant au progrès thérapeutique.

Selon Conti (2016), le modèle médical dominant repose sur une conception dualiste du trouble et de sa guérison, en les posant comme deux états ontologiquement distincts : d'un côté, la maladie (pathologie à éradiquer), de l'autre, la guérison (état de normalité restaurée). On ne pourrait être qu'uniquement « malade » ou « guéri.e », et il est impensable de ne pas désirer cette « guérison ». Kafer (2013b) utilise le concept de « *curative time* » pour désigner ce cadre temporel dominant où les personnes malades ou handicapées sont considérées comme « hors du temps » ou comme obstacles au progrès, à un « bon » futur. Dans ce cadre, le seul esprit-corps malade/handicapé approprié est celui qui est guéri ou en voie de guérison²⁶, comprise comme l'élimination du handicap/de la maladie. « Disability is seen as the sign of no future » (p.3), nous dit Kafer (2013a) : le corps-esprit handicapé (ou malade) est perçu comme incapable de s'inscrire dans un futur désirable, à moins d'être « corrigé ».

²⁶ Kafer (2013b) précise cependant ne pas condamner les individus souhaitant une guérison, mais s'attaquer à un système et une culture imposant l'idée que le handicap et la maladie seraient intrinsèquement des tragédies à éradiquer. Ici également, il est question de dénoncer une logique biomédicale et non de blâmer les individus recherchant une « guérison » de l'anorexie. Comme l'affirme Baril, (2025a), « critiquer la logique curative qui fait souffrir les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées n'est pas la même chose que d'accuser de complicité avec le système celles qui cherchent une cure » (p.40).

Face à la logique linéaire du modèle médical, les récits des participant.e.s appellent à une redéfinition des temporalités du trouble. Selon Larson (2021), « Although much medical intervention defines healing in normative, “straight” terms, eating disorders require a different orientation to time and feeling, one that can account for how many move between progress and regression » (p.402). Pour penser cette autre orientation au temps, on peut mobiliser le concept de *crip time*, issu des *disability studies* (Kafer, 2013b ; Samuels, 2017). Le *crip time* désigne un rapport au temps différent, déviant des rythmes attendus de la productivité et de la normalisation. Selon Kafer (2013b), « rather than bend disabled bodies and minds to meet the clock, *crip time* bends the clock to meet disabled bodies and minds » (p.27). Dans cette perspective, le *crip time* ne vise pas l’alignement sur un idéal de fonctionnement autonome, mais l’aménagement de l’existence autour de réalités corporelles et mentales instables. Le *crip time* désarticule ainsi les attentes normatives du temps biomédical et capitaliste (Samuels, 2017). Appliqué aux troubles alimentaires, ce cadre permet de penser la « *recovery* » non pas comme une ligne droite vers la normalité, mais comme un processus discontinu, situé et parfois cyclique ou inachevé. La notion de *crip time* refuse une conception linéaire et binaire du rétablissement (malade/sain), soulignant que le vécu de l’anorexie est cyclique, comme d’autres formes de handicap (Larson, 2021). Elle rend également possible une réhabilitation du ralentissement ou du retour en arrière comme éléments à part entière d’un parcours de vie, plutôt que comme retards ou échecs pathologisés. Les récits de Maël, Monifa, Clémence et Elena, qui parlent d’apprendre à « vivre avec », de mettre « des gardes-fous », ou de « cohabiter » avec les enjeux alimentaires, incarnent cette approche *crip* de la temporalité, pensant la guérison non comme disparition du trouble, mais comme réinvention de la vie autour de lui, dans une logique d’adaptation.

5.2 Politiser le trouble

Si les approches biomédicales traditionnelles conçoivent la « guérison » comme un retour à un soi « rationnel » et sain, je propose ici un déplacement du regard. Et si le trouble, plutôt que d'être le symptôme d'une irrationalité individuelle à corriger, était au contraire porteur de sens ? Les récits des participant.e.s montrent en effet que l'anorexie ne peut pas être comprise hors des rapports sociaux qui la traversent, comme la sexualisation des corps, le racisme, la précarité et les normes de genre. Il ne s'agit pas ici d'établir une causalité systématique entre violences sociales et anorexie, mais de reconnaître que l'expérience du trouble est façonnée et informée par des rapports de pouvoir.

Pour plusieurs participant.e.s, l'expérience de l'anorexie est traversée par des contextes de violences, notamment en lien avec la sexualisation de leur corps. Monifa raconte avoir été sexualisée dès l'enfance :

Très vite, je me suis développée. Depuis le primaire, même à 8 ans, j'avais déjà une poitrine. Puis à l'école, les institutrices étaient jalouses, ma mère était gênée, il fallait me bander les seins, littéralement. C'est là que ça a commencé comme je te dis, la volonté d'être invisible. Je ne voulais plus qu'on me voit, je voulais cacher cette féminité-là. (Monifa, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

Sa poitrine, apparue très jeune, suscite des réactions de gêne et de jalousie, y compris de sa mère, qui lui demande de se bander les seins. À l'adolescence, cette hypersexualisation se poursuit par une fétichisation de son corps de femme noire et bisexuelle, qui continue lors de son immigration au Canada :

Arrivée au secondaire, tous les garçons voulaient sortir avec moi, il y avait une hyper-sexualisation, donc... je voyais mon corps comme un objet, des fois je le vois toujours comme un objet, et donc je veux être invisible, je veux me cacher, je ne veux pas qu'on voit ce corps-là parce que je le trouve encombrant... il m'a causé beaucoup de problèmes. [...] En arrivant ici [au Canada] aussi, il y a cette fétichisation de la femme noire, comme beaucoup sont « je suis jamais sorti avec une femme noire, je vais essayer », genre c'est devenu on est des objets, et c'est renforcé par ma bisexualité aussi. Donc tu vois, il y a tout cet engrenage-là de moi, femme, noire, bisexuelle, qui fait qu'on veut essayer et je ne suis pas quelque chose qu'on essaye. Je

veux juste qu'on laisse mon corps en paix et là, je commence à ne plus manger. (Monifa, entrevue, virtuelle, 10 mars 2025)

Sa volonté de disparaître, de devenir « invisible », s'enracine ici dans une expérience d'hypervisibilité imposée, celle du corps noir sexualisé, offert aux fantasmes et aux violences du regard. Selon Darmon (2003), « la maigreur extrême permet l'obtention d'un corps "hors normes", c'est-à-dire trop loin des normes habituelles pour pouvoir être jugé par les autres » (p.282). Cette lecture sociologique met en lumière le caractère stratégique de la transformation corporelle, mais elle reste incomplète si elle ne prend pas en compte les rapports sociaux de « race ». Dans le cas de Monifa, cette quête d'invisibilité corporelle ne peut être comprise sans considérer l'histoire racialisée du regard porté sur les femmes noires. Dans *Ain't I a Woman?* (1981) et *Bone Black* (1996), hooks montre comment les corps des filles et femmes noires sont privés d'innocence, considérés comme disponibles et précocement sexualisés. Elle montre que l'héritage de l'esclavage a assigné les femmes noires à l'image d'une sexualité débridée, qui persiste dans les imaginaires contemporains sous la forme du stéréotype de la Jézabel, femme noire toujours disponible et à la sexualité débridée. Le soustraction au regard, la volonté de devenir « invisible », deviennent alors pour Monifa des stratégies de reprise de contrôle, pour se soustraire à des assignations sexuelles racialisées. Sa maigreur devient une manière de se défaire des codes de la désirabilité hétérosexuelle, en produisant un corps « invisible » pour échapper à la fétichisation. En cela, son témoignage rejoint celui de Roxane Gay, qui décrit dans son mémoire *Hunger* (2017) sa prise de poids comme une armure, un moyen de rendre son corps « repoussant » (selon le regard masculin) après avoir subi des violences sexuelles. Ces expériences en apparence opposées (maigrir pour disparaître, grossir pour se protéger) expriment en réalité une même volonté de reprendre possession d'un corps dépossédé, lu à travers le désir des autres.

Le récit d'Elena prolonge cette lecture genrée et sociale du trouble en évoquant la sexualisation précoce de son corps d'enfant, dans l'espace même de l'hôpital :

Le rapport au corps, c'était pas facile enfant. Quand j'ai commencé à avoir des seins... c'était un peu pas cool. En même temps, là, j'ai eu l'anorexie, j'ai perdu mes règles, j'étais plate à nouveau. Quand j'ai re-eu... mes règles et des seins, ça voulait dire qu'il fallait que je porte un soutien-gorge et je l'ai super mal vécu, je voulais pas. C'est une infirmière qui m'a dit, « il faut vraiment que tu mettes un soutien-gorge, on commence à voir que t'as des seins ». Alors que j'avais 13 ans, j'étais un enfant, ça m'énerve d'avoir été sexualisée à cet âge. Et quand j'ai recommencé à avoir mes règles, comme j'étais dans un hôpital pour enfants, ils avaient pas de serviettes, et comme je pouvais pas voir mes parents, on pouvait pas m'en amener, donc ils m'ont apporté des couches. Et j'ai jamais été aussi humiliée que ça. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Le récit d'Elena met en lumière un sentiment de malaise corporel étroitement lié à la puberté, à la fois comme transformation physique et comme assignation sociale. Ce malaise se construit à travers des interactions violentes marquées par une forme de sexualisation précoce, comme l'injonction venue d'une infirmière à porter un soutien-gorge et sa remarque sur ses seins naissants. Celle-ci incarne un discours médical sur ce qu'un corps doit être ou ne pas être à un certain âge, en assignant à ses seins une visibilité problématique, qu'il faudrait dissimuler par le soutien-gorge. Plutôt que d'être considérée comme un processus naturel, sa puberté est réduite par l'institution médicale à un problème à gérer et son corps à un objet de surveillance et de discipline. La scène des couches à l'hôpital est d'une grande violence et place Elena dans un entre-deux paradoxal, puisque son corps est considéré comme trop sexualisé pour ne pas porter de soutien-gorge, mais trop enfant pour avoir des protections menstruelles appropriées.

Ces récits montrent que le trouble peut fonctionner comme une forme d'agentivité corporelle, devenant un espace de retrait protecteur, permettant de s'extraire des logiques de contrôle, de sexualisation et de jugement. Si, dans le cas de Monifa, le lien entre la sexualisation de son corps et l'apparition de l'anorexie est formulé de manière explicite, la sexualisation du corps d'Elena n'est pas à l'origine du trouble, mais vient plutôt complexifier un rapport au corps déjà troublé par l'anorexie. Son expérience met en lumière la manière dont l'institution médicale peut participer à la dépossession corporelle, en faisant du corps

pubère un lieu d'humiliation et de surveillance. Dans les deux cas néanmoins, l'expérience du trouble s'inscrit dans des logiques sociales de gestion des corps féminins et féminisés.

Le témoignage de Nayma met en lumière une autre forme d'adaptation subjective, cette fois-ci à des conditions de vie précaires :

On ne roule pas sur l'or chez nous et j'avais l'impression que l'anorexie aidait ma mère à avoir plus d'argent parce qu'elle avait moins à acheter de nourriture. [...] J'avais ce côté qui me disait qu'il fallait pas que je mange non seulement pour perdre du poids, mais aussi pour qu'il y ait plus d'argent dans nos poches. (Nayma, entrevue virtuelle, 22 mars 2025)

Ici, la restriction alimentaire prend un sens différent, devenant un acte de solidarité silencieuse, une manière de « participer » à l'économie familiale. Ce geste, incompréhensible selon une grille de lecture biomédicale du trouble centrée sur l'individu, révèle la manière dont les corps des plus précaires sont appelés à s'auto-discipliner et rendus responsables de leur propre survie. Il montre également que les conditions matérielles sont déterminantes dans les trajectoires de soin et de « *recovery* ». Le corps de Nayma, tout comme celui de Monifa et d'Elena, devient ainsi le lieu d'expression de rapports de pouvoir.

Ces pratiques révèlent donc une subjectivité active, en négociation constante avec les normes de genre, de « race » et de classe. Elles nous permettent de politiser l'expérience de l'anorexie, pour lire dans les rapports au corps et à l'alimentation des participant.e.s des formes d'adaptation subjective à des violences structurelles. Là où le paradigme biomédical persiste à voir dans l'anorexie un dysfonctionnement individuel et irrationnel, il devient possible ici d'en reconnaître la rationalité sociale et politique. Ce renversement permet d'appréhender l'anorexie comme une réponse située et incarnée, bien que souvent douloureuse, à un ordre social normatif et violent. Une telle approche ouvre la voie à un soin non pathologisant, qui reconnaît que ce que vivent les personnes concernées a du sens, et que le problème réside moins dans les sujets que dans les contextes qui les façonnent, y compris dans les institutions de soin elles-mêmes. Dans ce contexte, il devient impensable de penser

la « guérison » sans interroger les conditions sociales qui participent à structurer la souffrance et, parfois, à donner du sens au trouble.

5.3 Vers une épistémologie féministe et *crip* de l'anorexie

Cette dernière section invite à décentrer les savoirs médicaux et académiques pour proposer d'autres manières de comprendre et de « soigner » le trouble, sans chercher à le normaliser ni à l'éradiquer. Cette sous-partie propose ainsi de prolonger le geste amorcé dans les sections précédentes, celui de « cripper » l'anorexie. « *Crip* », tout comme « queer », est une insulte réappropriée, puis devenu un verbe signifiant défaire les évidences, ouvrir les imaginaires et confronter les normes dominantes. Dans *Crip Times: Disability, Globalization, and Resistance*, McRuer explique que

“To crip,” like “to queer,” gets at processes that unsettle, or processes that make strange or twisted. Crippling also exposes the ways in which able-bodiedness and able-mindedness get naturalized and the ways that bodies, minds, and impairments that should be at the absolute center of a space or issue or discussion get purged from that space or issue or discussion (McRuer, 2018, p.23-24).

Cripper l'anorexie, dans cette perspective, ne signifie pas seulement déconstruire les normes capacitistes, productivistes et linéaires qui structurent les approches traditionnelles de « guérison » des troubles alimentaires (chapitre 5.1). Il s'agit également de placer les personnes concernées au centre, non comme objets de soin à réparer, mais comme sujets de savoir, capables d'imaginer d'autres rapports à la nourriture, au corps, au temps et à la santé. En crippant l'anorexie, je propose donc ici de la faire dévier de son cadre pathologique, pour en révéler la puissance critique et la potentialité politique.

Peut-on penser le soin et la « *recovery* » autrement ? Les expériences de plusieurs participant.e.s convergent vers une revalorisation de formes de soin alternatives : soutien par les pairs, soins communautaires, accompagnements non spécialisés mais empathiques, fondés sur la confiance plutôt que sur la performance ou la surveillance.

Elena, qui bénéficie d'une ergothérapeute pour son autisme, souligne qu'elle aurait aimé avoir eu accès à cette forme de soin pour l'accompagner dans la vie quotidienne avec les TCA, comme pour l'aider à cuisiner (entrevue virtuelle, 13 mars 2025). Maude-Sophie affirme de la même façon que le suivi qui l'a le plus aidé a été celui d'une intervenante psychosociale l'accompagnant « dans les défis de la vie de tous les jours » :

Je suis allée magasiner avec elle, elle est venue chez nous, genre, pour qu'on cuisine, pour qu'on fasse l'épicerie. Ça a été vraiment aidant pour moi [...]. En fait, je trouve que les traitements [en TCA] au Québec, on est zéro dans l'ambulatorio, on est beaucoup dans, on retire du milieu, on patch, puis ok, bonne chance pour la suite, t'sais. Pis le bonne chance pour la suite, c'est souvent genre, ah ben à bientôt, en fait. Je pense qu'on gagnerait à faire un suivi après dans le milieu, t'sais, comme un SIV [suivi d'intensité variable²⁷], mettons, ou le SIM [suivi intensif dans le milieu²⁸]. Mais en troubles alimentaires, on n'a pas ça, ce qui est un peu absurde. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

Ce passage propose une vision alternative du soin, plus relationnelle et moins centrée sur la « réparation », au bénéfice d'un accompagnement dans la vie quotidienne. Il montre que le soin, ou « care », est une pratique quotidienne et collective. Maude-Sophie relate également une scène de partage d'une collation avec sa psychologue dans un cadre thérapeutique non spécialisé :

On a fait un exercice où j'ai amené une collation, pis elle a comme mangé un dessert, pis on a mangé ensemble en séance. Et genre j'ai pris une heure pour manger mon quart de tasse de noix, fait que t'sais avec des professionnel.le.s en troubles alimentaires, je me serai vraiment fait ramasser là, et ça aurait été comme un drapeau ou « là il faut que tu manges plus vite parce que c'est pas normal de manger comme ça, blablabla ». Mais elle à la fin, elle a dit « je pense que c'était un défi pis vous avez vraiment très bien fait ça », pis je me suis vraiment sentie fière après. J'étais sûre qu'elle allait me dire genre « ah ouais, ok c'est bad », [mais] j'étais comme wow, en fait je suis capable de le faire, genre c'est pas que je suis pas capable, c'est juste que je pense qu'il y a pas tout le temps le contexte favorable pour réussir en fait. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

²⁷ Le suivi d'intensité variable (SIV) est un programme de suivi en santé mentale offert au Québec pour aider les patient.e.s à se rétablir sans les retirer de leur communauté. Les soins sont offerts directement dans le milieu de vie, et l'équipe peut être composée d'infirmier.e.s, de travailleur.se.s sociaux.ales, d'éducateur.ice.s, ou encore d'ergothérapeutes (Gouvernement du Québec, 2022).

²⁸ Le suivi intensif dans le milieu (SIM) est un programme similaire, également offert au Québec dans la communauté. L'équipe est généralement composée de médecins, de travailleur.se.s sociaux.ales, de spécialistes en dépendance ou en réinsertion socio-professionnelle et de pair-aidant.e.s (Gouvernement du Québec, 2022).

Ce passage incarne un type de soin alternatif et non normatif, respectueux de son rythme, montrant que le soin peut devenir un espace relationnel de sécurité et de lenteur. Il illustre comment le changement du contexte relationnel (ici, une psychologue non spécialisée, en séance ordinaire) permet un rapport différent au trouble, moins dans la performance ou la conformité, et davantage dans l'expérimentation bienveillante. Loin de la norme du « manger correctement » imposée dans les programmes de TCA (voir Clémence et le chronomètre dans le chapitre 5.1), cette interaction permet ici une réappropriation du geste alimentaire comme défi personnel et source de fierté. La dernière phrase de Maude-Sophie condense une critique profondément *crip* de la normativité médicale : ce n'est pas la capacité individuelle qui fait défaut, mais le manque de contextes soutenant.

Dans cette perspective *crip*, la guérison n'est plus une fin en soi, mais un processus situé, non linéaire, qui oscille entre avancées et retours en arrière. C'est ce que formule Larson (2021), pour qui *cripper la recovery* « makes space for an understanding of healing that vacillates between feeling more or less disabled at any given time, that anorexia, like so many other disabilities, ebbs and flows » (p.403). Ce modèle fait du vécu douloureux non pas un échec à corriger, mais une réalité à accompagner. Il réhabilite l'idée de « *dwelling with pain* » (Larson, 2021, p.403), habiter la douleur, comme une manière légitime d'exister. Le trouble n'a plus à être effacé pour que la personne soit considérée comme digne ; il devient au contraire une dimension possible de l'existence, à partir de laquelle on peut produire des savoirs et inventer des formes de vie viables. Maël, qui parle de sa « famille choisie » dans la ville où iel a déménagé, le formule avec justesse :

C'est ici que j'ai trouvé mes premières ressources, c'est ici que j'ai parlé pour la première fois avec d'autres gens qui avaient un vécu similaire au mien, c'est ici que j'ai appris à normaliser ce qui m'arrivait, pis comment je vivais avec. [...] C'est un milieu vraiment plus acceptant [que dans ma ville natale] et non normatif. (Maël, entrevue virtuelle, 10 mars 2025)

La stabilité, ici, ne vient pas d'une institution ou d'un traitement médical, mais d'un environnement relationnel soutenant, où le trouble cesse d'être un secret honteux pour devenir un élément parmi d'autres d'une existence vivable. Cette transformation ne passe pas par une normalisation du corps ou de l'alimentation, mais par la création de ce que Kafer (2013b) appelle une « futurité *crip* » (*crip futurity*) : un avenir dans lequel le handicap/la maladie n'ont pas à être corrigés pour que la vie ait du sens.

À rebours des injonctions biomédicales à l'autonomie, la rationalité et la responsabilité individuelle, les récits des participant.e.s dessinent les contours d'une autre politique du soin, fondée sur l'interdépendance. Cette conception relationnelle du soin rejoint les perspectives féministes, queer et *crip* qui refusent de considérer la dépendance comme une défaillance, mais plutôt comme une condition partagée de l'existence humaine (Clare, 2017b ; Tronto, 1993 ; Wendell, 1996). Les participant.e.s évoquent ainsi l'importance d'être entouré.e d'autres personnes concernées :

Quand j'avais 13 ans, à l'école, j'étais un peu la seule en fait à vivre ça, en tout cas en apparence j'étais la seule qui allait à l'hôpital, qui devait aller à l'infirmerie tout le temps, des choses comme ça. Du coup, ça faisait du bien d'avoir d'autres personnes qui comprenaient ça, qui vivaient la même chose. (Elena, entrevue virtuelle, 13 mars 2025)

Il n'y a quand même rien de plus puissant, je pense, en termes de solidarité, je dirais et de bienveillance, que d'être avec des personnes qui vivent quelque chose d'aussi similaire, pis qui savent c'est quoi l'enfer d'être couché.e sur le plancher de ta salle de bain genre à trois heures du matin parce que t'as trop mangé selon toi, t'sais. [...] Je pense que ça crée vraiment quand même des liens qui ne sont pas reproductibles ailleurs. On est vraiment là l'une pour l'autre parce qu'on sait c'est quoi genre [...] C'est tellement une souffrance que les personnes qui n'ont pas vécu ça peuvent pas vraiment comprendre. Ils peuvent l'entendre, ils peuvent l'accueillir, la reconnaître, mais je doute fortement qu'ils puissent réellement la saisir. (Maude-Sophie, entrevue virtuelle, 19 mars 2025)

[Les groupes en ligne], ça a aidé à ne pas me sentir non plus toute seule et isolée, parce que quand t'es toute seule à ton école qui vis ça dans ton groupe d'ami.e.s, tu te sens un peu comme... t'es étrange un peu pour ces personnes-là. Fait que de voir que ça existe, il y a d'autres personnes comme toi, ça peut être rassurant. [...] Tu te sens un peu moins « folle ». (Clémence, entrevue virtuelle, 12 mars 2025)

Ces passages témoignent des formes de relation intimes pouvant émerger entre personnes concernées, permettant de valoriser les liens non normatifs fondés sur l'expérience commune du trouble. Ils montrent que le soin repose également sur la reconnaissance mutuelle et l'expérience partagée, comme dans le sentiment d'être compris.e facilement et de ne plus être « la seule ». Dans une perspective crip, cette reconnaissance entre pairs est un fondement du care. Dans *Care Work: Dreaming Disability Justice*, Piepzna-Samarasinha (2018) insiste sur l'importance de ce *care* imparfait, loin des standards médicaux, qu'il désigne sous le terme de « *care webs* ». Il s'agit de réseaux permettant d'obtenir du soutien sans dépendre de l'État ou des familles biologiques des personnes handicapées ou malades, comme dans le cas de Maël et de sa « famille choisie » trouvée en déménageant dans une nouvelle ville. Son expérience de soutien communautaire montre que ce n'est pas l'indépendance individuelle qui permet de « vivre avec », mais au contraire l'appartenance à un réseau de relations soutenances. Comme le rappelle Lorde (1980) dans le cas du cancer, c'est en partageant nos récits que nous transformons l'expérience isolante de la « maladie » en force collective et en une expérience politique. Lorde constate que le soutien entre personnes concernées et la visibilité permet de briser le silence et la honte, qui immobilisent l'action. En refusant ce silence imposé, en rendant visible ce qui est souvent disqualifié, les personnes concernées produisent des savoirs et des formes de soutien entre pairs ancrées dans le vécu et la solidarité, qui échappent souvent aux grilles de lecture biomédicales.

Une question se pose néanmoins : à quoi retourne-t-on une fois guéri.e ? Branka Arsić (2008) affirme : « To call anorexia an eating disorder is to suggest not only the existence of a phantasmatic origin but also a fantasised order, since it is to insist that there is a proper eating order » (p.36). Derrière l'idée même du « *eating disorder* » se loge en effet le fantasme d'un comportement alimentaire normatif à restaurer, un « *eating order* ». Interroger la « *recovery* », c'est donc interroger non seulement le soin, mais aussi les normes sociales qui

le sous-tendent : qu'est-ce qu'un corps sain ? Qu'est-ce qu'un rapport « normal » à la nourriture ? Ces normes sont profondément imbriquées dans divers systèmes d'oppression. Les trajectoires de « guérison » se déploient notamment dans le contexte d'une société traversée par la grossophobie et l'idéologie du santéisme, qui érige la santé en valeur morale et en impératif social. Dans ce contexte, « guérir » signifie souvent revenir à une norme corporelle implicite : pas trop maigre, pas trop gros, pas trop visible, bref, un corps blanc, mince, féminin et productif. Cette norme corporelle implicite de la « *recovery* » est donc profondément excluante. Comme le rappellent LaMarre et Rice (2021), il existe une « *experiential complexity of recovering into a world that excludes many bodies* » (p.716). Pour les personnes racisées, grosses, handicapées, ou encore queer, les trajectoires de « guérison » se heurtent à des injonctions paradoxales et à des frontières normatives déjà inaccessibles. Dans la lignée de Butler (2009), LaMarre *et al.* (2022) se demandent : quelles vies et quels corps sont considérées comme « *recoverable* » (p.9) ? Le processus de « *recovery* », censé restaurer un « ordre », réaffirme ainsi souvent la violence de cet ordre en invalidant les corps qui y échappent. Résister à ce modèle, ce n'est pas faire l'apologie de l'anorexie ou affirmer qu'il ne faut pas « guérir », mais interroger ce à quoi nous sommes censé.e.s revenir en guérissant, qui, pour beaucoup, n'a jamais été un lieu habitable.

Par conséquent, dans un système oppressif, la « guérison » ne peut être pensée uniquement comme une trajectoire individuelle. Plutôt que d'idéaliser une « guérison » complète comme sortie définitive du trouble ou retour à la norme, il apparaît donc nécessaire de transformer les cadres du soin eux-mêmes. Comme le souligne Smith (2023) :

Recovery from an individualist perspective can only result in temporary change. Clinical intervention is often necessary in order to create relief. However, this relief is still being created within a colonial, patriarchal, capitalistic system that only further perpetuates the issue. In order to see permanent change, we must act with collective resistance by radicalizing the way we treat eating disorders. Complete eradication of the diversity and complexity of eating disorders may not be possible as it would require the dismantling of power systems that they exist within. What is most

important is to build the necessary and accessible resources and frameworks to respond and intervene. (Smith, 2023, p.78-79)

Ce constat peut sembler décourageant : si « guérir » pleinement suppose de transformer le monde, alors que reste-t-il à celles et ceux qui souffrent ici et maintenant ? Ce travail ne s'est cependant pas limité à souligner ce qui devrait changer dans les institutions psychiatriques ou dans la société. Les trajectoires des personnes anorexiques ont été pensées comme des lieux où s'inventent des formes de vie en décalage avec les normes dominantes. Par conséquent, si la société ne changera probablement pas du jour au lendemain, il existe déjà, dans les marges, des zones de solidarité, de partage et d'invention, qui constituent autant de points d'appui pour repenser ce que « vivre » et « prendre soin » peuvent signifier.

Ce dernier chapitre a interrogé les normes biomédicales qui encadrent la « guérison » de l'anorexie, pour proposer une redéfinition féministe et *crip* du rétablissement. À travers les récits des participant.e.s, j'ai mis en lumière l'écart entre les injonctions institutionnelles à « guérir », souvent mesurées en termes de poids et de comportement alimentaire normatifs, et les expériences concrètes de celles et ceux qui vivent avec le trouble. En refusant la linéarité du modèle médical, ces récits m'ont permis de proposer une autre temporalité du soin, marquée par la chronicité et l'instabilité. Le trouble est également apparu comme un espace de subjectivation politique, devenant parfois une stratégie située face à des violences sociales (racisme, sexualisation, précarité). Cette politisation de l'anorexie permet de rompre avec sa lecture strictement individuelle et pathologisante, pour y reconnaître une rationalité incarnée, façonnée par des rapports de pouvoir. Finalement, nous avons vu que les expériences des personnes concernées esquissent les contours d'une politique du *care* fondée sur l'interdépendance et la solidarité. Penser la « guérison » autrement, c'est ainsi déplacer le regard de l'élimination du trouble à tout prix aux contextes sociaux qui produisent de la souffrance, empêchent de vivre autrement, ou pathologisent des stratégies de survie.

Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'explorer la question suivante : Comment les personnes concernées par l'anorexie, aujourd'hui au Canada et en Suisse, reconfigurent-elles, à travers leurs expériences et leurs pratiques, les contours du soin et de la « guérison » ? Pour y répondre, j'ai mené sept entrevues semi-structurées auprès de femmes et de personnes non-binaires vivant ou ayant vécu avec l'anorexie. Cette méthodologie qualitative et située visait à articuler leurs savoirs expérientiels avec des perspectives critiques issues des études féministes, sur la grosseur et sur le handicap, afin d'interroger les logiques normatives et les rapports de pouvoir qui façonnent les prises en charge des troubles alimentaires.

L'analyse des récits a montré que les espaces de soin et les trajectoires de « *recovery* » sont tout sauf neutres : ils sont traversés par des relations de pouvoir, des normes implicites et explicites, et des critères de légitimité qui excluent nombre de personnes concernées. Le premier chapitre d'analyse de cette thèse a ainsi posé les bases conceptuelles et politiques d'une réflexion sur la reconnaissance et la légitimité dans le champ des TCA, en interrogeant les corps et identités jugés « dignes » d'accéder au soin. Le second a examiné les violences institutionnelles et la confiscation des savoirs situés par le savoir médical, en montrant comment les institutions psychiatriques peuvent fonctionner comme des appareils de normalisation et de contrôle. Finalement, le dernier chapitre a proposé une relecture critique de la « guérison », en mobilisant notamment le concept de *crip time* pour penser des temporalités non linéaires, et en valorisant les stratégies de cohabitation avec le trouble comme alternatives au paradigme biomédical de la « guérison complète ».

Ainsi, en réponse à la question de recherche, je propose que les personnes anorexiques reconfigurent la guérison et le soin en les détachant d'un idéal linéaire et normalisateur, pour en faire des processus situés et souvent inachevés. Elles réinventent les contours du soin à travers des pratiques ancrées dans leurs réalités matérielles et identitaires :

en résistant aux injonctions biomédicales, en créant des espaces de solidarité hors des cadres institutionnels, ou encore en mobilisant le trouble lui-même comme ressource de sens et parfois de survie.

Contributions

Sur le plan empirique, cette recherche apporte des données originales sur un groupe de participant.e.s plus diversifié que celui auquel s'intéresse habituellement la recherche sur les TCA, y compris la littérature féministe, souvent centrée sur des personnes blanches, valides, minces, cisgenres et hétérosexuelles (LaMarre et al., 2022b). Bien que le nombre de personnes interrogées soit limité, cette diversité a permis de documenter des expériences qui échappent aux stéréotypes dominants, et donc souvent aux dispositifs de soin.

Sur le plan théorique, cette thèse contribue à dépathologiser et politiser l'anorexie, non pas comme dysfonction individuelle à éradiquer, mais comme expérience politique, située dans des contextes d'oppression et donc de résistance. Les récits recueillis ne confirment ni ne contredisent la théorie : ils la déplacent, l'enrichissent, et ouvrent des lignes de fuite hors des cadres dominants. Ils rappellent qu'il est moins pertinent de chercher les causes de l'anorexie que de demander aux personnes concernées ce dont elles ont besoin. Ce déplacement invite à centrer le soin sur les conditions matérielles et relationnelles qui rendent une vie vivable, plutôt que sur une étiologie supposée du trouble. Ainsi, la « guérison » ne peut être pensée sans interroger les conditions sociales qui rendent le trouble nécessaire ou supportable.

L'un des apports majeurs de cette recherche est donc de contribuer à défaire l'association réductrice entre anorexie et quête de minceur ou de beauté, qui ne recoupe pas l'expérience de l'anorexie telle qu'elle a été décrite par les participant.e.s. Reconnaître que la souffrance des personnes anorexiques provient souvent de violences structurelles permet de refuser de réduire l'anorexie à un symptôme de vanité ou de faiblesse de caractère, pour

comprendre qu'elle engage des enjeux politiques et relationnels qui excèdent largement le contrôle du poids.

Pistes de recherche futures

Mon corpus ne m'a pas permis d'explorer de manière approfondie certaines intersections pourtant cruciales, comme les expériences des personnes trans (notamment en lien avec la dysphorie de genre) et des personnes âgées dans leur rapport à l'anorexie. Ces dimensions mériteraient de faire l'objet de recherches spécifiques, avec un recrutement et un dispositif méthodologique adaptés. L'étude de l'anorexie chez les femmes et les personnes non-binaires plus âgées, par exemple, demeure largement absente de la littérature scientifique, qui tend à centrer ce trouble sur l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Or, les expériences de personnes plus âgées pourraient éclairer la manière dont le trouble se transforme avec l'avancée en âge en s'articulant à d'autres enjeux de santé, dans un contexte social marqué par l'âgisme. Elles permettraient également de mieux comprendre comment les discours sur le corps, l'alimentation et la santé diffèrent ou non selon les générations, et comment ces discours influencent l'accès au soin et la reconnaissance du trouble.

En outre, cette thèse n'a pas exploré en profondeur une question importante, celle des espaces numériques, faute de données empiriques suffisantes sur le sujet pour en proposer une analyse nuancée et approfondie. Or, les communautés numériques contemporaines restent très peu étudiées, ce qui témoigne peut-être d'un désintérêt persistant pour la parole des personnes concernées, surtout lorsque celle-ci s'exprime dans des formats non conventionnels (images, collages, mèmes, etc.). La littérature a beaucoup documenté le mouvement pro-ana des années 2000, mais les formes actuelles de ces espaces en ligne, ainsi que leurs fonctions politiques et affectives, demeurent largement sous-recherchées. L'étude de ces contre-savoirs numériques, à partir d'un terrain spécifiquement orienté vers ces espaces, constituerait une piste féconde pour prolonger ce travail.

Une autre piste d'exploration réside dans l'attention au rapport sensoriel, affectif et politique à la nourriture. Au-delà de la critique des approches biomédicales et de la grossophobie, il serait pertinent d'interroger ce qui rend difficile, pour certaines personnes, le fait d'éprouver du plaisir à s'alimenter. Ce questionnement ne peut être séparé de l'analyse des systèmes agroalimentaires contemporains, qui produisent des aliments souvent coûteux, standardisés, dénués de goût et détachés des savoirs de production et de préparation. Dans cette perspective, l'accès à des aliments de qualité, à la possibilité de cuisiner et de se relier à la terre qui nourrit, pourrait contribuer à transformer le rapport au manger, non pas comme solution unique à l'anorexie, mais comme élément d'un apprentissage plus large, celui de trouver du sens et de la communauté dans le partage de la nourriture. Une telle approche invite à penser le soin non seulement comme réparation de la souffrance, mais aussi comme réinvention de formes de vie désirables et vivables en collectivité.

Plus largement, les recherches sur les troubles alimentaires gagneraient à s'inscrire dans des démarches qui déstabilisent les hiérarchies traditionnelles entre chercheur.se.s et participant.e.s. Multiplier les projets ancrés dans les savoirs situés et les méthodologies participatives permettrait de produire des connaissances plus ancrées dans l'expérience vécue, tout en reconnaissant pleinement l'agentivité et l'autorité épistémique des personnes concernées.

Vers une politique du trouble

L'enjeu de cette recherche n'a pas nécessairement été de revendiquer un meilleur accès aux soins, mais de questionner ce à quoi on accède. On peut s'indigner à juste titre de la longueur des listes d'attente pour accéder aux traitements ou du fait que les personnes qui ne correspondent pas au stéréotype de l'« anorexique » soient moins diagnostiquées et prises en charge. Cependant, s'arrêter à cette indignation reviendrait à réduire la critique à une question d'accès. Or, ce qui doit être interrogé, ce ne sont pas seulement les barrières qui limitent

l'entrée dans le système, mais les fondements mêmes de ce que Schott et Langan (2024) appellent le complexe industriel des troubles alimentaires. Autrement dit, le problème n'est pas seulement que peu de personnes puissent bénéficier du traitement, puisque le traitement lui-même, tel qu'il est conçu aujourd'hui, repose sur des pratiques et des idéaux qu'il faut fondamentalement remettre en question. Dans *Défaire le suicidisme*, Baril (2025b) rappelle que la prévention du suicide ne peut se limiter à inviter les personnes suicidaires à demander de l'aide, elle doit s'attaquer aux logiques capacitistes et psychophobes qui structurent la société et les dispositifs de soin. Il en va de même pour l'anorexie : les initiatives de prévention ne peuvent se contenter d'exhorter les personnes concernées à aller chercher de l'aide, lorsque cette aide elle-même reproduit des violences (chapitre 4.1) et lorsque de nombreuses personnes ne peuvent même pas y être jugées légitimes (chapitre 3.1).

Cette recherche plaide ainsi pour une politique du trouble alimentaire qui déplace de l'accès au soin ou de l'élimination de ce qui dérange vers l'écoute de ce que ce dérangement révèle des structures de pouvoir. Plutôt que d'imaginer la « guérison » comme une sortie du trouble ou un retour à la normalité, elle propose d'en faire un terrain de subjectivation, de solidarité et de création de mondes vivables en marge des normes dominantes. Il ne s'agit donc pas ici tant de formuler des recommandations techniques à appliquer pour réformer ou rendre plus accessible un système de soin inadéquat, mais d'ouvrir les imaginaires, pour penser l'anorexie autrement, dans un cadre critique et intersectionnel, et pour reconnaître des formes de vie qui persistent, résistent et inventent.

Annexes

Annexe A : Certificat d'approbation éthique

11/10/2024

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	S-09-24-10735
Titre du projet / Project Title	Repenser l'anorexie à travers un dialogue entre théories féministes critiques et savoir expérientiel des usagères de soins
Type de projet / Project Type	Thèse de maîtrise / Master's thesis
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	11/10/2024
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	10/10/2025

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Camille COTTAIS	Institut d'études des femmes / Institute of Women's Studies	Chercheur Principal / Principal Investigator
Michael ORSINI	École d'études politiques / School of Political Studies	Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

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).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

Annexe B : Guide d'entrevue - entretiens semi-directifs

1. Introduction

Peux-tu commencer par me parler de ce qui t'a amené.e à participer à cette étude ?

(Question optionnelle) Quel terme utilises-tu pour parler de ton expérience ? Par exemple, te dis-tu anorexique, personne anorexique, personne souffrant d'anorexie ? Est ce qu'il y a un terme que tu préfères et pourquoi ?

2. Société et anorexie

Que penses-tu de la manière dont la société parle de l'anorexie et des troubles alimentaires ?

(Question pour les personnes s'étant identifiées comme non-binaires) L'anorexie est souvent associée aux femmes dans les discours médicaux et médiatiques. Comment as-tu vécu cette représentation par rapport à ta propre expérience ? Peux-tu parler de ton expérience de l'anorexie en tant que personne non binaire ?

(Question pour les personnes s'étant identifiées comme racisées) Peux-tu parler de ton expérience de l'anorexie en tant que personne racisée ?

Beaucoup de personnes mettent en cause la culture des régimes et les injonctions à la minceur dans les médias dans la création ou le maintien de TCA. Qu'en penses tu ? Est-ce que cette analyse fait écho à ton expérience ?

3. Traitement

Peux-tu discuter de ton expérience au niveau du traitement ? Par exemple, qu'est ce qui t'a aidé, qu'est ce qui tu as moins aimé ?

(Question pour les personnes s'étant identifiées comme autistes) Comment perçois-tu le lien entre ton expérience de l'autisme et de ton anorexie ? As-tu eu l'impression que les professionnel.les de santé prennent en compte ton autisme dans la prise en charge de ton anorexie ? Si non, quelles pourraient être des approches plus adaptées à ton vécu ?

As-tu déjà cherché du soutien ou des informations en ligne à propos de l'anorexie ? Si oui, quels types de contenus as-tu consultés ? Quels ont été, selon toi, les effets positifs ou négatifs de ces contenus sur ton rapport à l'anorexie ?

Comment conçois-tu la « guérison » ? Trouves-tu que la définition dominante de la guérison correspond à ton vécu ?

Qu'aimerais-tu voir changer dans la prise en charge de l'anorexie ?

4. Genre et identités multiples

Comment ton genre ou d'autres aspects de ton identité (orientation sexuelle, « race », classe sociale, nationalité, etc.) ont influencé ton rapport à l'alimentation et à ton corps ?

(Question pour les personnes s'étant identifiées comme racisées ou comme grosses)
Comment ton anorexie a-t-elle été perçue par les personnes autour de toi ? As-tu déjà eu l'impression que ton expérience était minimisée ou ignorée parce que tu ne correspondais pas au stéréotype du patient ou de la patiente « type » ?

As-tu trouvé des espaces ou des communautés où ton vécu de l'anorexie était mieux compris que dans le cadre médical ?

Y a-t-il des choses que tu as entendues, vues, lues ou expérimentées qui t'ont poussé à voir ton vécu de l'anorexie différemment ?

(Question pour les personnes ne s'étant pas identifiées comme handicapées) Dans ton questionnaire démographique, tu as indiqué ne pas t'identifier comme une personne en situation de handicap. Certaines perspectives critiques considèrent les troubles alimentaires comme un handicap, notamment parce qu'ils affectent durablement la vie quotidienne et impliquent une relation complexe avec le corps et les soins. Que penses-tu de cette idée ?

5. Conclusion

Y a-t-il quelque chose que tu aimerais ajouter sur ton expérience que nous n'avons pas encore abordé ?

Bibliographie

- ACTA. (2019). *Stratégie canadienne en matière de troubles de l'alimentation : 2019 à 2029*. Alliance canadienne des troubles de l'alimentation. https://nedic.ca/media/uploaded/Canadian_Eating_Disorders_Strategy_2019-2029_-_FRE.pdf
- Adler-Bolton, B., & Vierkant, A. (2022). *Health communism*. Verso.
- American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- Armour, C., Feicht, B. & Gahagan, J. (2024). Improving adult inpatient eating disorder treatment: perspectives of a sample of individuals in Canada with lived experience. *Journal of Eating Disorders*, 12(166). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01121-w>
- Arsić, B. (2008). The Experimental Ordinary: Deleuze on Eating and Anorexic Elegance. *Deleuze and Guatarri Studies*, 2, 34-59. [10.3366/e1750224108000354](https://doi.org/10.3366/e1750224108000354)
- Austin S. B. (1999). Fat, loathing and public health: the complicity of science in a culture of disordered eating. *Culture, medicine and psychiatry*, 23(2), 245–268. <https://doi.org/10.1023/a:1005502917533>
- Aviv, R. (2022). Epilogue: Hava “Stranger to myself» (pp. 169-183). Dans *Strangers to Ourselves: Unsettled Minds and the Stories That Make Us*. Farrar, Straus and Giroux.
- Bailey, M., & Mobley, I. A. (2018). Work in the Intersections: A Black Feminist Disability Framework. *Gender & Society*, 33(1), 19-40. <https://doi.org/10.1177/0891243218801523>
- Baril, A. (2025a). Introduction. Manifeste suicidaire. Dans *Défaire le suicidisme* (pp. 17-81). Éditions de la rue Dorion. [Version Kindle] (Œuvre originale publiée en 2023)
- Baril, A. (2025b). Chapitre 3. Crippler et détraquer le suicide : Repenser la suicidalité handicapée/détraquée. Dans *Défaire le suicidisme* (pp. 242-304). Éditions de la rue Dorion. [Version Kindle] (Œuvre originale publiée en 2023)
- Bartky, S. L. (1998). Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power. Dans R. Weitz & S. Kwan, *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance, and Behavior* (pp. 25-44). Oxford University Press.
- Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. University Of Chicago Press.
- Beresford, P., & Russo, J. (2021). *The Routledge International Handbook of Mad Studies* (1st ed.). Routledge. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.4324/9780429465444>
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 225(1), 70-88. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/dio.225.0070>

- Boltri, M. & Sapuppo, W. (2021). Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Psychiatry Research*, 306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114271>
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs*, 2(2), 342-356.
- Breggin, P. R. (1994). *Toxic psychiatry : why therapy, empathy, and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the "new psychiatry"*. Saint Martin's Press.
- Brumberg, J. J. (1988). *Fasting Girls: the History of Anorexia Nervosa*. Harvard University Press.
- Burke, N, L., Schaefer, L, M., Hazzard, V, M., & Rodgers, R, F. (2020). Where identities converge: The importance of intersectionality in eating disorders research. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1605-1609
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B., & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland - Results from the first national survey. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 212–223. <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Burstow, B. (2015). *Psychiatry and the business of madness : an ethical and epistemological accounting*. Palgrave Macmillan.
- Butler, J. (2005). 1. An Account of Oneself. Dans *Giving an Account of Oneself* (pp. 3-40). Fordham University Press.
- Butler, J. (2009). *Frames of War: When Is Life Grievable?*. Verso.
- Brain, J. (2002). Unsettling 'body image': Anorexic body narratives and the materialization of the 'body imaginary'. *Feminist Theory*, 3(2), 151-168. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1177/1464700102003002342>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Casilli, A., & Tubaro, P. (2016). *Le phénomène « pro-ana »: Troubles alimentaires et réseaux sociaux*. Presses des Mines.
- Chernin, K. (1981). *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness*. Harper Perennial.
- Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. Lawrence Hill Books.

- Chollet, M. (2012). Une femme disparaît. L'obsession de la minceur, un « désordre culturel ». Dans *Beauté fatale: Les nouveaux visages d'une aliénation féminine* (pp. 133-164). La Découverte.
- CHUV. (n.d.). *abC - Centre vaudois anorexie boulimie*. Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).
<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/abc-centre-vaudois-anorexie-boulimie>
- Clare, E. (2015). Freaks and Queers. Dans *Exile and pride : disability, queerness, and liberation* (pp. 81-118). Duke University Press.
- Clare, E. (2017a). 1. Ideology of cure. Dans *Brilliant Imperfection: Grappling with Cure* (pp. 5-17). Duke University Press.
- Clare, E. (2017a). 8. Moving through Cure. Dans *Brilliant Imperfection: Grappling with Cure* (pp. 129-145). Duke University Press.
- Clinique Belmont. (n.d.). *Le programme pour adultes*. Clinique Belmont.
<https://www.cliniquebelmont.ch/le-programme-pour-adultes/>
- Collins, P. H. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Hyman.
- Colls, R. (2007). Materialising bodily matter: Intra-action and the embodiment of 'Fat'. *Geoforum*, 38(2), 353-365. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2006.09.004>
- Conti, J. E. (2016). Recovering Identity from Anorexia Nervosa: Women's Constructions of Their Experiences of Recovery from Anorexia Nervosa Over 10 Years. *Journal of Constructivist Psychology*, 31(1), 72-94.
<https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/10720537.2016.1251366>
- Cooper, C. (2016). *Fat Activism : A Radical Social Movement*. Hammeron Press.
- Cottin, E. (2020). *Les troubles du comportement alimentaire : un enjeu féministe ?* (N. Van Erps, Ed.). Femmes Prévoyantes Socialistes.
- Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M. *et al.* (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*, 8(4).
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 10(3), 365-388.
<https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- Darmon, M. (2003). *Devenir anorexique: une approche sociologique*. La Découverte.
- Darmon, M. (2007). Traitement de l'anorexie et clivages de genre. Dans H. Eckert & S. Faure (dir.), *Les jeunes et l'agencement entre les sexes* (pp. 95-111). La Dispute.

- Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(2), 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>
- Egbert, A. H., Hunt, R. A., Williams, K. L., Burke, N. L., & Mathis, K. J. (2022). Reporting racial and ethnic diversity in eating disorder research over the past 20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 55(4), 455–462. <https://doi.org/10.1002/eat.23666>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. Vol 1, La volonté de savoir*. Gallimard
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société: cours au Collège de France, 1975-1976*. Gallimard/Seuil.
- Fricker, M. (2007). Introduction. Dans *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (pp. 1-8). Oxford University Press. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1093/acprof:oso/9780198237907.003.0001>
- Garland-Thomson, R. (1996). *Freakery ; Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*. NYU Press.
- Garland-Thomson, R. (2002). The Politics of Staring: Visual Rhetorics of Disability in Popular Photography. Dans S-L. Snyder, R. Garland-Thomson & B-J. Brueggemann (dirs.), *Disability Studies: Enabling the Humanities* (pp. 56-75). Modern Language Association of America.
- Garland-Thomson, R. (2005). Feminist Disability Studies. *Signs*, 30(2), 1557–1587. <https://doi.org/10.1086/423352>
- Garland-Thomson, R. (2011). Misfits: A Feminist Materialist Disability Concept. *Hypatia*, 26, 591-609. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/j.1527-2001.2011.01206.x>
- Gay, R. (2017). *Hunger: A memoir of my body*. Harper Collins.
- Godin, L. (2014). Saisir l'anorexie par le corps : de la subjectivité anorexique à la diversité des expériences. *Recherches féministes*, 27(1), 31–47. <https://doi.org/10.7202/1025414ar>
- Godin, L. (2016). Chapitre 7 - Une saisie par le social. Dans *Anorexie, boulimie et société: Penser des corps qui dérangent* (pp.129-154). Presses de l'Université du Québec.

- Goffman, E. (1968). *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Éditions de Minuit.
- Gouvernement du Québec. (2022). *Programmes de suivi pour les personnes présentant un trouble mental*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/suivi-intensif-dans-milieu>
- Haraway, D. (2007). Savoirs situés : la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle. Dans *Manifeste cyborg et autres essais : sciences, fictions, féminismes* (pp.107-145). Exils. (Œuvre originale publiée en 1988)
- Harding, S. (1991). "Strong Objectivity" and Socially Situated Knowledge. Dans *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives* (pp. 138-163). Cornell University Press.
- Harrison, C. (2018, 10 août). *What Is Diet Culture?* Christy Harrison - Intuitive Eating Dietitian, Anti-Diet Author, & Health at Every Size Expert - Food Psych Programs. <https://christyharrison.com/blog/what-is-diet-culture>
- Hatch, A. R. (2016). *Blood sugar : racial pharmacology and food justice in Black America*. University Of Minnesota Press.
- Hepworth, J. (1999). *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. SAGE.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C.E., & Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and eating disorders : The social psychology of women, thinness and culture. *Women's Studies International Forum*, 29(2), 208-224.
- Heyes, C. J. (2006). Foucault Goes to Weight Watchers. *Hypatia*, 21, 126-149. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/j.1527-2001.2006.tb01097.x>
- Holmes, S., Drake, S., Odgers, K., & Wilson, J. (2017). Feminist approaches to Anorexia Nervosa: a qualitative study of a treatment group. *Journal of eating disorders*, 5(36). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0166-y>
- Holmes, S. (2016). Between feminism and anorexia: An autoethnography. *International Journal of Cultural Studies*. 19(2), 193–207. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1177/1367877914561831>
- hooks, bell. (1981). *Ain't I a Woman: Black Women and Feminism*. Routledge.
- hooks, bell. (1996). *Bone Black: Memories of Girlhood*. Henry Holt and Company.
- HUG. (n.d.). *ESCAL - Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise*. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). <https://www.hug.ch/psychiatrie-de-liaison-et-dintervention-de-crise/escal>

- Ipsos. (2015, 2 avril). *Les français, leur poids et leurs expériences des régimes*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-leur-poids-et-leurs-experiences-des-regimes>
- Joyce, C., Greasley, P., Weatherhead, S., & Seal, K. (2019). Beyond the Revolving Door: Long-Term Lived Experience of Eating Disorders and Specialist Service Provision. *Qualitative health research*, 29(14), 2070–2083. <https://doi.org/10.1177/1049732319850772>
- Justin, T. A., & Jette, S. (2022). “That chart ain’t for us”: How Black women understand “obesity,” health, and physical activity. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 26(5), 605–621. <https://doi.org/10.1177/13634593211046844>
- Kafer, A. (2013a). Introduction: Imagined Futures. Dans *Feminist, Queer, Crip* (pp. 1-24). Indiana University Press.
- Kafer, A. (2013b). Time for Disability Studies and a Future for Crips. Dans *Feminist, Queer, Crip* (pp. 25-46). Indiana University Press.
- Katzman, M. A., & Lee, S. (1997). Beyond body image: the integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation. *The International journal of eating disorders*, 22(4), 385–394. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199712\)22:4<385::aid-eat3>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199712)22:4<385::aid-eat3>3.0.co;2-i)
- Kendall, S. (2013) Anorexia Nervosa: The Diagnosis. *Bioethical Inquiry*, 11, 31–40. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s11673-013-9496-x>
- Kim, E. (2017). *Curative Violence Rehabilitating Disability, Gender, and Sexuality in Modern Korea*. Duke University Press.
- LaMarre, A., Rice, C., & Jankowski, G. (2017). Eating disorder prevention as biopedagogy. *Fat Studies*, 6(3), 241–254. <https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1286906>
- LaMarre, A., & Rice, C. (2021). Recovering Uncertainty: Exploring Eating Disorder Recovery in Context. *Culture, medicine and psychiatry*, 45(4), 706–726. <https://doi.org/10.1007/s11013-020-09700-7>
- LaMarre, A., Levine, M. P., Holmes, S., & Malson, H. (2022a). An open invitation to productive conversations about feminism and the spectrum of eating disorders (part 1): basic principles of feminist approaches. *Journal of eating disorders*, 10(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00532-x>
- LaMarre, A., Levine, M. P., Holmes, S., & Malson, H. (2022). An open invitation to productive conversations about feminism and the spectrum of eating disorders (part 2): Potential contributions to the science of diagnosis, treatment, and prevention. *Journal of eating disorders*, 10(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00572-3>
- LaMarre, A., Couturier, J., Dimitropoulos, G. *et al.* (2024). Peer support for eating disorders in Canada: program user perspectives. *Journal of Eating Disorders*, 12(133). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01068-y>

- Larson, S. R. (2021). The Rhetoricity of Fat Stigma: Mental Disability, Pain, and Anorexia Nervosa. *Rhetoric Society Quarterly*, 51(5), 392–406. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/02773945.2021.1972131>
- LeFrançois, B. A., Menzies, R., & Reaume, G. (2012). Introducing Mad Studies. Dans *Mad matters : A Critical Reader in Canadian Mad Studies* (pp. 1-22). Canadian Scholars.
- Lloyd, M. (1996). Feminism, aerobics and the politics of the body. *Body & Society*, 2(2), 79-98.
- Lorde, A. (1980). *The Cancer Journals*. Aunt Lute Books.
- Lupton, D. (2013). *Fat*. Routledge.
- MacSween, M. (1993). *Anorexic Bodies: A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Routledge.
- Malson, H. (1998). *The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Routledge.
- Mekui, C., A., Weber, K. (2015), Troubles du comportement alimentaire et prise en charge en hôpital de jour psychiatrique, *Rev Med Suisse*, 11(461), 406–408. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2015.11.461.0406>
- McRuer, R. (2018). *Crip times: disability, globalization, and resistance*. New York University Press.
- Mollow, A. (2015). Disability Studies Gets Fat. *Hypatia*, 30(1), 199–216. <http://www.jstor.org/stable/24542067>
- Morenon, O., & Flury, L. (2025). Prevalence, consequences, prevention and management of eating disorders among adolescents aged 12–18 in Switzerland: a literature review. *Discov Med*, 2(88). <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s44337-025-00282-0>
- NEDIC (n.d). *Eating disorders treatment*. National Eating Disorder Information Center. <https://nedic.ca/eating-disorders-treatment/>
- Nixon, H.L. (1989). Reconsidering obligatory running and anorexia nervosa as gender-related problems of identity and role adjustment. *Journal of Sport and Social Issues*, 13(1), 14-24.
- Orbach, S. (1978). *Fat Is a Feminist Issue*. Berkley Books.
- Orbach, S. (1986). *Hunger Strike: The Anoretic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. Penguin Books.
- Parker, L.L., & Harriger, J.A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of eating disorders*, 8(51). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>

- Patton, G-C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J-B., & Wolfe, R. (1999) Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 318(7186), 765-768. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7186.765>
- Piepzna-Samarasinha, L. L. (2018). *Care Work: Dreaming Disability Justice*. Arsenal Pulp Press.
- Poole, J. M., Jivraj, T., Arslanian, A., Bellows, K., Chiasson, S., Hakimy, H., Pasini, J. & Reid, J. (2012). Sanism, 'Mental Health', and Social Work/Education: A Review and Call to Action. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 1. <https://doi.org/10.48336/IJDBHR4913>
- Price, M. (2011). *Mad at School: Rhetorics of Mental Disability and Academic Life*. University Of Michigan Press.
- Price, M. (2015), The Bodymind Problem and the Possibilities of Pain. *Hypatia*, 30, 268-284. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/hypa.12127>
- Reaume, G. (2014). Understanding critical disability studies. *Canadian Medical Association journal*, 186(16), 1248–1249. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141236>
- Rich, E. (2006). Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity. *Sociology of health & illness*, 28(3), 284–305. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00493.x>
- Rossiter, K., & Rinaldi, J. (2018). Introduction. Dans *Institutional Violence and Disability: Punishing Conditions* (pp. 1–22). Routledge.
- Rousseau, A. (2016). L'institutionnalisation des fat studies : l'impensé des « corps gros » comme modes de subjectivation politique et scientifique. *Recherches féministes*, 29(1), 9–32. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1036667ar>
- Samuels, E. (2017). Six Ways of Looking at Crip Time. *Disability Studies Quarterly*, 37(3). <https://doi.org/10.18061/dsq.v37i3.5824>.
- Saukko, P. (2008). *The Anorexic Self: A Personal and Political Analysis of a Diagnostic Discourse*. State University of New York Press.
- Schott, N. (2022). *Pro-Ana/Mia Performance Ethnography: Remaking Responses to Psychiatric Relations to "Eating Disorders."* [Thèse de doctorat, University of Toronto] <https://utoronto.scholaris.ca/items/e629809f-1dec-4c37-82e1-fc12d0d255a3>
- Schott, N., & Langan, D. (2024). Moving Beyond "Recovery": Exposing and Disrupting the Eating Dis/Order Industrial Complex. *International Mad Studies Journal*, 2(1), 1–21. <https://doi.org/10.58544/imsj.v2i1.8470>
- Schröder, S. S., Danner, U. N., Spek, A. A., & van Elburg, A. A. (2022). Problematic eating behaviours of autistic women-A scoping review. *European eating disorders review* :

the journal of the Eating Disorders Association, 30(5), 510–537.
<https://doi.org/10.1002/erv.2932>

- Shakespeare, T. (2006). Autonomy at the End of Life. Dans *Disability Rights and Wrongs* (pp. 118-132). Routledge.
- Showalter, E. (1985). *The Female Malady: Women, Madness and English Culture 1830–1980*. Virago Press.
- Simeon, R., Galeoto, G., Cracolici, S., Panuccio, F., & Berardi, A. (2025). Treatments for Eating Disorders in People with Autism Spectrum Disorder: A Scoping Review. *Pediatric reports*, 17(2), 35. <https://doi.org/10.3390/pediatric17020035>
- Smith, G. C. (2023). *One size fails all : reconceptualizing eating disorders through an intersectional feminist lens*. [Thèse de doctorat, Saint Mary's University] <https://library2.smu.ca/handle/01/31806>
- Solmi, F., Bentivegna, F., Bould, H., Mandy, W., Kothari, R., Rai, D., & Lewis, G. (2020). Trajectories of autistic social traits in childhood and adolescence and disordered eating behaviours at age 14 years: A UK general population cohort study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 75-85. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13255>
- Sonneville, K-R., & Lipson, S-K. (2018). Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 518– 526. <https://doi.org/10.1002/eat.22846>
- Spitzack, C. (1993). The spectacle of anorexia nervosa. *Text and Performance Quarterly*, 13(1), 1-20.
- Statistique Canada. (2015, 27 novembre). *Section D - Troubles des conduites alimentaires*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiond-fra.htm>
- Stengers, I. (2013). *Une autre science est possible ! : Manifeste pour un ralentissement des sciences*. La Découverte.
- Strings, S. (2019). *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*. New York University Press.
- Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row.
- Székely, E. A. (1989). *Never Too Thin*. The Women's Press.
- Tierney, S. (2001). A reluctance to be defined “disabled”. How can the social model of disability enhance understanding of anorexia?. *Disability & Society*, 16(5), 749-764. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1080/09687590120070105>

- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory Construction in Qualitative Research: From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological Theory*, 30(3), 167-186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Titchkosky, T. (2007). *Reading and Writing Disability Differently: The Textured Life of Embodiment*. University Of Toronto Press.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care*. Routledge.
- Turner, B.S. (1996). *The Body and Society ; Explorations in Social Theory*. Blackwell.
- Walker, N. (2021). *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities*. Autonomous Press.
- Warin, M. (2004), Primitivising Anorexia: The Irresistible Spectacle of Not Eating. *The Australian Journal of Anthropology*, 15(1), 95-104. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1111/j.1835-9310.2004.tb00368.x>
- Webber, K. T., Farrar, K. M., & Schroeder, M. S. (2025). “But they don’t look like someone with an eating disorder”: A content analysis of representation in TV and film portrayals of characters with eating disorders. *Psychology of Popular Media*, 14(3), 484–489. <https://doi.org/10.1037/ppm0000576>
- Wendell, S. (1996). *The Rejected body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. Routledge.
- Wendell, S. (2001). Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. *Hypatia* 16(4), 17-33. <https://muse.jhu.edu/article/14210>
- Wiley, F. (2025). Growing Evidence Indicates BMI Is Not Suitable for Many Populations. *Oncology Times*, 47(2), 20. [10.1097/01.COT.0001098516.69159.f0](https://doi.org/10.1097/01.COT.0001098516.69159.f0)
- Wolf, N. (1990). *The Beauty Myth*. Harper Perennial.