

L'EXPÉRIENCE DES PARENTS IMMIGRANTS AYANT UN ENFANT ATTEINT DU
TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Par

Sylvie Yolande Keumoe

Mémoire déposé à l'École de service social
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social.
Sous la direction de M. Sébastien Savard, Ph. D.

Université d'Ottawa

Septembre 2022

REMERCIEMENTS

Je dédie ce mémoire à mon époux **Armel Kougang Tsoala** pour l'énorme sacrifice qu'il a entrepris depuis mon retour aux études. Merci, mon amour, d'avoir cru en moi, de m'avoir encouragé et soutenu pendant les moments difficiles de ce parcours.

Je souhaite remercier chaleureusement mon directeur de recherche, **Sébastien Savard Ph. D.**. Un grand merci à vous, particulièrement pour vos qualités de flexibilité, d'ouverture, de sensibilité, d'écoute et de soutien. J'ai énormément apprécié la confiance que vous m'avez accordée et la reconnaissance que vous m'avez témoignée tout au long. Ce fut un réel privilège pour moi d'avoir été, par vous, si bien chapeauté.

Je remercie mes cinq A (**Alrick, Anael, Aelia, Avia et Amiel**) qui m'ont soutenue par leur amour inconditionnel, leur tendresse et leur sourire. Ensemble, nous avons été à la hauteur.

J'aimerais remercier mes deux mères, **Marie Meli** et **Therese Mangni** d'avoir accepté de venir s'installer au Canada pour prendre soin des enfants pendant cette période d'étude.

Je tiens à remercier la **famille Ngako** pour le soutien inconditionnel et les moments de plaisir que nous avons passé ensemble qui m'ont permis de me ressourcer lorsqu'il était impossible pour moi de me concentrer.

Enfin, je remercie les participants de cette recherche qui m'ont accordé leur temps afin de partager avec moi leur expérience. Cette recherche n'aurait pas été possible sans votre contribution.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce mémoire est de présenter l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint du trouble du comportement alimentaire. Il expose l'influence du trouble du comportement alimentaire des enfants sur le quotidien des parents immigrants et la fratrie. Pour mener à bien cette recherche, nous avons posé la question de recherche suivante: Quelle est l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint de troubles du comportement alimentaire? Pour répondre à cette question, l'approche transculturelle a été choisie comme cadre théorique, ce qui a permis d'orienter nos recherches vers la culture, qui est un élément important pour les personnes immigrantes. De ce fait, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées auprès de trois parents d'origine africaine vivant tous dans la région d'Ottawa et ayant chacun une fille atteinte d'anorexie mentale. Au cours de cette recherche, nous avons pu atteindre nos trois objectifs de recherche qui étaient : documenter l'expérience des parents immigrants qui ont un enfant atteint du trouble du comportement alimentaire; décrire les moyens mis en œuvre par les parents immigrants pour composer avec la maladie de leur enfant à toutes les étapes du processus de soin allant du diagnostic de la maladie à la guérison, s'il y a lieu ; explorer le style d'accompagnement et de soutien offert aux parents immigrants par les services de santé ainsi que la relation entretenue avec ces derniers. Les résultats obtenus nous ont permis de mettre en lumière la perception du trouble du comportement alimentaire au sein de la communauté immigrante, l'influence du trouble alimentaire sur la dynamique familiale, l'aide reçue des proches pendant le processus de guérison des enfants et l'avis des parents immigrants sur la prise en charge de leurs enfants par

l'équipe de professionnels de la santé. Par ailleurs, nous avons constaté que les parents immigrants rencontrent des difficultés à reconnaître les signes caractéristiques de troubles du comportement alimentaire chez leurs enfants. Cette méconnaissance peut retarder la prise en charge des enfants malades par les professionnels de la santé et aggraver leur état de santé. Aussi, les parents immigrants reçoivent peu d'aide des membres de leur réseau social et font plutôt l'objet de nombreuses critiques dues à l'incompréhension du trouble alimentaire souvent présente dans la communauté immigrante. Ainsi, nous pensons qu'il est nécessaire de faire de la sensibilisation sur la santé mentale en général et les troubles alimentaires en particulier dans les communautés immigrantes. De plus, nous invitons les professionnels de la santé à acquérir des compétences en intervention interculturelles afin de mieux répondre aux besoins des familles immigrantes.

Mots-clés : Trouble du comportement alimentaire, parents immigrants, anorexie, approche transculturelle, santé mentale, culture

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the experience of immigrant parents with a child with an eating disorder. It exposes the influence of the child's eating disorder on the daily lives of immigrant parents and siblings. To conduct this research, the research question that was posed is: What is the experience of immigrant parents with a child with an eating disorder? To answer this question, the transcultural approach was chosen as the theoretical framework. This approach allowed us to orient our research towards culture, which is an important element for immigrant people. As a result, semi-structured interviews were conducted with three parents of African descent, all living in the Ottawa area and each having a daughter with anorexia nervosa. At the heart of this research, we were able to achieve our three research objectives, which were: to document the experience of immigrant parents who have a child with an eating disorder; to describe the means used by immigrant parents from the diagnosis of the illness to recovery, if applicable; and to explore the style of accompaniment and support offered to immigrant parents by health services, as well as the relationship maintained with the latter. The results obtained allowed us to shed light on the perception of the eating disorder within the immigrant community, the influence of the eating disorder on family dynamics, the help received from relatives during the children's recovery process, and the opinion of immigrant parents on the management of their children by the team of health care professionals. Furthermore, we found that immigrant parents have difficulty recognizing the characteristic signs of eating disorders in their children. This lack of knowledge can delay the care of sick children by health professionals and worsen their health condition. Also, immigrant parents receive little help from members of their social network

and much criticism due to the lack of understanding of the eating disorder in the immigrant community. Thus, we believe that there is a need to raise awareness about mental health in general and eating disorders in particular in immigrant communities. Furthermore, we invite health professionals to acquire cultural competence to better respond to the needs of immigrant families.

Keywords:

Eating disorders, immigrant parents, anorexia, transcultural approach, mental health, culture

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	iii
ABSTRACT.....	v
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION	10
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	12
1.1 Mise en contexte historique	12
1.2 Généralités sur les troubles du comportement alimentaire.....	15
1.2.1 L'anorexie mentale	15
1.2.2 La boulimie	17
1.3 Aspect multifactoriel des troubles du comportement alimentaire	19
1.3.1 Facteurs pour la population en général	19
1.3.2 Facteurs de vulnérabilité sociale chez les jeunes immigrants	22
1.4 Les effets du TCA sur les parents	26
1.5 Les familles immigrantes et les TCA.....	28
1.6 Question de recherche et pertinence sociale et scientifique.....	29
1.6.1 Question et objectif de recherche	29
1.6.2 Pertinence sociale et scientifique	30
CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE	32
2.1 SANTÉ MENTALE ET POPULATION IMMIGRANTE	32
2.2 La psychiatrie transculturelle.....	34
CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	35
3.1 LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE	36
3.2 LA TECHNIQUE DE RECHERCHE : L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ	38
3.3 La population cible et le recrutement	40
3.4 Procédure de l'analyse des données	41
3.5 Considération éthique.....	42
3.6 Limites	43
Chapitre IV : RÉSULTATS.....	44
4. 1 Reconnaissance des signes caractéristique du TCA	44
4.2 Niveau de compréhension du TCA	45

4.4	Changements dans le quotidien	47
4.5	Relations avec les proches	49
4.6	L'influence du trouble sur la dynamique familiale et la fratrie	50
4.7	Accompagnement reçu des professionnels de la santé	52
4.8	Place de la culture d'origine au sein des familles immigrantes	54
4.9	Moyens mis en œuvre pour faire face au TCA	55
Chapitre V : DISCUSSION		58
5.1	Réalités des parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA : convergence et divergence avec la littérature	59
5.2	La maladie mentale dans les communautés immigrantes : l'approche transculturelle	63
5.3	Pistes pour l'intervention et recommandations	65
	Recommandation 1 : L'offre active des services en français	65
	Recommandation 2 : Lutte contre la stigmatisation de la santé mentale dans la communauté immigrante	66
	Recommandation 3 : Nécessité pour les professionnels d'acquérir des compétences culturelles	67
	Recommandation 4 : Intégration d'un professionnel issu des communautés immigrantes dans la formation des équipes d'intervention	68
CONCLUSION		69
ANNEXES		71
	Annexe A1 : Affiche de recrutement pour réseaux sociaux	71
	Annexe A2 : Affiches de recrutement pour les organismes	72
	Annexe B : Formulaire de consentement	73
	Annexe C : Guide d'entrevues	76
	Annexe D : Certificat d'approbation d'éthique	79
BIBLIOGRAPHIE		81

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

TCA : Trouble du comportement alimentaire

DSM : diagnostic et statistique des troubles mentaux

INTRODUCTION

Depuis quelques années, le monde fait face à une crise sanitaire dû au COVID 19 et qui a apporté beaucoup de bouleversement dans les habitudes de vie. Des confinements et des restrictions de part et d'autre ont été imposés du jour au lendemain et ont bouleversé les routines des personnes. Tous ces bouleversements ne sont pas sans effets sur la santé. Les mesures barrières et le confinement imposés à la population pendant la pandémie ont dégradé le bien-être mental de la population et ont par conséquent accentué le stress et l'anxiété. Ainsi, «la pandémie a grandement affecté la santé mentale des enfants et des jeunes, entraînant depuis mars 2020 une augmentation de près de 60% des hospitalisations en raison de troubles alimentaires chez les jeunes femmes âgées de 10 à 17ans.» (Institut canadien d'information sur la santé, 2022). La hausse du nombre de personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire est venue mettre en lumière ce problème de santé mentale présent dans la société depuis des siècles. Dans la littérature scientifique, nous avons constaté une panoplie de recherches abordant le sujet du trouble du comportement alimentaire dans la population, mais très peu se sont penchées sur cette question dans la communauté immigrante. Le trouble du comportement alimentaire est un problème de santé mentale entouré de stigma et de tabou dans la communauté immigrante d'où le choix de ce sujet dans le cadre de notre mémoire. Sachant que les parents jouent un rôle déterminant dans la guérison de leurs enfants malades, il est important de mieux comprendre leur expérience afin de les accompagner dans leur rôle et ainsi favoriser leur bien-être et celui de leurs enfants. Dans le cadre de notre recherche, nous allons étudier l'expérience des parents

immigrants ayant un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire. Cette recherche permettra d'enrichir les connaissances sur les réalités de ces parents et de bien comprendre l'influence de ce trouble dans leur vie. Nous aimerions, par cette occasion, explorer la perception culturelle du trouble du comportement alimentaire qui est un aspect important à prendre en considération lors des interventions auprès de la population immigrante (Radjack & Collab., 2013).

Cette étude sera divisée en cinq chapitres. Le premier chapitre présentera la problématique de recherche. Le deuxième exposera le cadre théorique choisi pour cette recherche. Le troisième décrira la méthodologie retenue pour la collecte des données et la manière dont les données seront analysées. Le quatrième sera consacré aux résultats obtenus des entretiens avec les participants. Enfin, le dernier chapitre le dernier chapitre discutera des conclusions qui émergent de cette recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1.1 Mise en contexte historique

Le terme «troubles du comportement alimentaire» renvoie à «l'ensemble des attitudes, comportements et stratégies complexes, associés à une préoccupation permanente du poids et de l'esthétique corporelle.» (Filaire et collab., 2008, p.59). Les TCA existent depuis des siècles et regroupent plusieurs diagnostics comme l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie boulimique et le trouble non spécifique.

L'anorexie est le premier type de TCA à être découvert au Moyen Âge. Elle est présente dans la société, particulièrement dans les milieux religieux, et se manifeste par la pratique de jeûnes extrêmes appelés encore anorexie sainte (Micheli-Rechtman, 2007). À cette époque, la minceur n'était pas au centre des préoccupations, et le jeûne était majoritairement pratiqué par les femmes et perçu comme symbole de sainteté chrétienne. Les femmes chrétiennes s'abstenaient de s'alimenter au point où certaines d'entre elles finissaient par en perdre la vie (Caseau, 2003). Cette pratique du jeûne permet «la recherche du contrôle et du pouvoir sur soi, sur autrui, voire sur Dieu» (Johnston, 2003, p.140) ou de vaincre le démon de la faim afin d'obtenir une forme de sainteté (Assoun, 2004). Après la religion, la médecine moderne prend la relève. C'est ainsi qu'en 1689, le docteur Richard Morton évoque pour la première fois le terme anorexie mentale (Pearce, 2004). Ce dernier considère cette maladie comme «une consommation nerveuse» causée par «la tristesse et les soucis anxieux» (Silverman, 1997, p.3). Par ailleurs, Charles Lasègue évoque l'appellation «anorexie hystérique» en 1873. Pour lui, ce terme évite de faire allusion au manque d'appétit puisque l'individu se prive

volontairement de nourriture (Maitre, 2001). C'est plusieurs années plus tard, soit en 1950, que l'anorexie mentale est reconnue comme un trouble clinique (Condit, 1990) et incluse dans le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-I) avec pour symptôme unique la focalisation sur le poids et la recherche d'un corps mince (Dell'Osso et collab., 2016). Au fil des années, les critères de diagnostic clinique de l'anorexie mentale ont évolué dans les différentes versions de DSM jusqu'à nos jours (de DSM-I à DSM-V).

La boulimie est le deuxième TCA découvert dans les années 1979 et intégré dans le DSM-III en 1980 (Dell'Osso et collab., 2016). Le terme « boulimie » vient du grec ancien et signifie «faim du bœuf». Contrairement à l'anorexie, qui est perçue comme un comportement sain, la boulimie selon Brusset est perçue comme un péché de la gourmandise et l'excès sexuel de l'orgie (1991). Ainsi, la boulimie est perçue à cette période comme un comportement déviant et non comme une pathologie. C'est le général Russel qui évoque pour la première fois en 1979 la boulimie nerveuse qu'il considérait comme une variante de l'anorexie mentale (Rouphael-Kazour, 2006). À cette époque, Russel fait référence à trois caractéristiques qui permettent de déterminer la boulimie à savoir : «les pulsions irrésistibles et impérieuses à manger avec excès, la prise de poids en provoquant des vomissements ou en abusant de purgatifs ou des deux, une peur morbide de devenir gros». (Rouphael-Kazour, 2006, p.258).

Au fil du temps, à la suite de nombreuses recherches, d'autres critères vont s'ajouter à la liste qui permettra de diagnostiquer la boulimie. Avant les années 1940,

l'inquiétude sur la forme du corps est peu avancée comme critère de la boulimie (Casper, 1983). Aussi, les facteurs de risque étaient bien différents de ceux énumérés de nos jours. D'après Casper (1983), les changements économiques et culturels qui ont permis aux femmes d'atteindre le marché du travail ont été un facteur de risque de la boulimie pour ces dernières, car elles étaient exposées à une instabilité affective. Plus encore, ces changements économiques, après une période de souffrance, ont engendré l'abondance de nourriture qu'il considère aussi comme un facteur de risque de la boulimie (Casper, 1983).

Après la découverte de ces deux TCA, les troubles non spécifiques et l'hyperphagie boulimique ont été ajoutés à la catégorie des TCA. Cependant, dans le cadre de ce mémoire, seules l'anorexie et la boulimie seront mises en avant. Par ailleurs, l'inscription des TCA dans le DSM indique que cette pathologie entraîne des conséquences tant physiques que mentales sur les personnes qui en sont atteintes. Les critères de diagnostic des TCA sont en constante évolution depuis l'élaboration du premier DSM. En outre, l'anorexie et la boulimie ont plusieurs facteurs de comorbidité. Selon Rosen et collab. (2010), les jeunes de moins de 13ans atteints de TCA sont susceptibles d'avoir un trouble mental tel que la dépression ou l'anxiété. De plus, dans le cadre d'une étude réunissant 250 femmes atteintes de TCA, Hepp & Milos (2010) ont constaté que 70% de ces participants avaient un trouble de la personnalité ou un trouble psychiatrique général.

1.2 Généralités sur les troubles du comportement alimentaire

Les TCA sont très diversifiés et peuvent atteindre toute personne. Au Canada, cette maladie touche entre 2% et 3% de la population (Norris, 2018). Elle affecte généralement les jeunes de 13 à 23ans et majoritairement les jeunes femmes (Hoek, 2006; Callahan et collab., 2003), mais les hommes ne sont pas épargnés (Hudson et collab., 2007; Valls et Chabrol, 2014).

Selon le DSM-IV, la prévalence au cours de la vie des personnes souffrant de l'anorexie et la boulimie sont respectivement 0,9% et 1,5% chez les femmes et 0,3% et 0,5% chez les hommes (Hudson et collab., 2007)

1.2.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est décrite comme «le désir exagéré de minceur qui conduit à une perte de poids importante; les individus en dessous d'un poids minimum normal pour leur âge et leur taille; (...) le faible poids corporel est le résultat d'une restriction alimentaire sévère et sélective et/ou d'un exercice physique excessif.» (Herpertz-Dahlmann, 2009, p.32). Ainsi, l'apparence corporelle revêt une importance capitale dans cette maladie. La société actuelle présente le corps mince comme un idéal corporel pour la femme. Ce style médiatique ne laisse pas indifférentes les femmes et peut exercer une influence sur leur satisfaction à l'égard de leur corps. L'anorexie est une maladie qui affecte majoritairement les femmes, même si dans certains cas les hommes peuvent être atteints (Micheli-Rechtman, 2003). Dans certains cas, l'anorexie peut débuter par la pratique d'un régime banal par un jeûne à la suite de commentaires négatifs de la part

de ses parents ou des proches au sujet de son apparence physique ou de ses habitudes alimentaires (Chabrol, 2013). Sans s'en rendre compte, les parents et les proches influencent l'estime de soi du jeune et son insatisfaction corporelle, ce qui pousse ce dernier à modifier ses habitudes alimentaires dans le but de faire face à son problème de poids. C'est ainsi que le jeune commence à se priver de nourriture ou faire du sport de façon excessive dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre.

En outre, l'anorexie mentale se divise en deux sous types : le type « restrictif » où l'individu a pour habitude de limiter sa consommation d'aliment de façon régulière et ne pratique pas de comportement d'élimination (se faire vomir ou utiliser des produits laxatifs) et le type « hyperphagie » où l'individu réduit sa consommation d'aliment et a régulièrement recours à des comportements d'élimination.

Pour établir un diagnostic d'anorexie, la personne malade doit répondre aux trois critères énumérés par le DSM-5 :

- Restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille;
- Une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros;
- Une altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et un déni de la gravité de la maigreur actuelle (Moscone et Collab., 2015, p.187).

Toutefois, les personnes qui souffrent d'anorexie mentale ont généralement l'habitude de cacher leur restriction alimentaire, de vivre un déni face à leur amaigrissement et de ne pas dire la vérité sur leur poids (Dewambrechies-La Sagna, 2006). Certains patients reçoivent un diagnostic d'anorexie en allant consulter pour d'autres problèmes de santé

tels que l'aménorrhée (absence de menstruation). Selon Dewambrechies-La Sagna (2006), l'aménorrhée est un sujet plus facile à aborder avec un professionnel de la santé comparativement aux critères de diagnostic de l'anorexie. Cette réticence et gêne des patients à vouloir parler de leur TCA rend très difficile le diagnostic de l'anorexie. Cette absence de diagnostic précoce auprès des patients atteints d'anorexie mentale entraîne de nombreuses conséquences sur la santé et peut détériorer l'état du patient au point de nécessiter une hospitalisation. Pour qu'un patient atteint d'anorexie mentale soit hospitalisé, il doit répondre aux critères suivants: «un poids inférieur à 75% du poids idéal; une masse graisseuse inférieure à 10%; une fréquence cardiaque inférieure à 50 par minute le jour et 45 par minute la nuit; une pression artérielle systolique inférieure à 9; un changement orthostatique du pouls supérieur à 20minutes ou de la tension supérieure à 2; une température inférieure à 35,6; une arythmie cardiaque» (Chabrol, 2013, p.35).

L'anorexie mentale a de nombreuses conséquences sur la santé des patients telles que «la perte de cheveux, le déséquilibre hormonal, la fatigue et le trouble de sommeil, le changement d'humeur, la dépression, l'isolement, la perte du réseau social, le changement d'humeur et l'irritabilité» (Petitpas et Jean, 2011, p.21).

1.2.2 La boulimie

La boulimie est définie «par des accès d'absorption rapide et incontrôlée de grande quantité de nourriture sous l'effet d'une contrainte ressentie comme plus ou moins irrépessible, et se terminant typiquement par le vomissement provoqué» (Brusset, 2004, p.1713). Contrairement à l'anorexie, où les personnes qui souffrent parviennent à avoir le contrôle sur les aliments qu'ils consomment, les personnes souffrant de boulimie ont

la sensation de perdre le contrôle et se culpabilisent après chaque crise de boulimie. Généralement, ces personnes n'arrêtent pas de manger parce qu'elles sont rassasiées ou satisfaites, mais parce qu'elles n'arrivent plus à avaler quoi que ce soit (Peuch, 2006). Ainsi, les crises de boulimie sont souvent corrigées par des vomissements, de l'exercice ou des régimes amaigrissants (Herpertz-Dahlmann, 2009). Le poids et la forme corporelles jouent un rôle important dans l'estime de soi des personnes qui souffrent de boulimie (Bertrand et collab., 2011). La plupart des personnes atteintes de boulimie ont une faible estime de soi.

Les critères qui permettent de poser un diagnostic sur un patient énumérés dans le DSM-V sont les suivants:

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie.
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que: vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2fois par semaine pendant 3mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale. (Monthuy-Blanc, 2018, p.34).

La boulimie a de nombreuses conséquences sur la santé des patients, notamment «la fatigue, trouble du sommeil, gerçures sur les mains, déséquilibre d'un système hydro électrolytique, dépression, obsession de l'image du corps, changement d'humeur,

idéation suicidaires, isolement, relation amoureuse difficile et perte du réseau social» (Petitpas et Jean, 2011, p.21).

Malgré la mise en place de critères qui permettent de poser un diagnostic de TCA, la prise en charge des personnes souffrant de ces troubles reste encore problématique car il n'existe pas un consensus au niveau de la prise en charge des malades par les professionnels de la santé (Oubachir, 2013, Yon et collab, 2009; Bürki et Magistrale, 2015). De plus, le diagnostic de TCA doit être fait par un psychologue ou un médecin généraliste, ce qui n'est pas facile, car les personnes souffrant de TCA se rendent rarement à l'hôpital pour parler de leur problème alimentaire. Ainsi, les proches et les parents doivent jouer un rôle de sentinelle afin de les encourager à consulter des professionnels de la santé et les y conduire.

1.3 Aspect multifactoriel des troubles du comportement alimentaire

1.3.1 Facteurs pour la population en général

De nos jours, un consensus est établi au niveau de l'étiologie multifactorielle des TCA (Vust et Ambresin, 2015), ce qui permet d'avoir une liste de plusieurs hypothèses de facteurs de risques qui peuvent contribuer à leur développement. En effet, il faut faire attention de penser qu'il peut avoir une relation cause à effet directe car plusieurs facteurs peuvent être mis ensemble sur une période variée pour entraîner le développement des TCA. Comme une multitude de facteurs répertoriés, ils ne seront pas tous les présenter ici. Cette section présentera des hypothèses biologiques, psychologiques, familiales,

sociales et, enfin des hypothèses concernant les facteurs de risques connus pour les personnes immigrantes et de couleurs.

Au niveau biologique, Culbert et collab. (2009) étudié les effets de la génétique sur le développement des TCA. Ces chercheurs ont réalisé cette étude sur des jumeaux et évoqué une influence négligeable de la génétique sur la pathologie des TCA avant la puberté, mais des effets accrus pendant la période de puberté. Ainsi, l'âge auquel les jeunes sont plus exposés au risque de développer un TCA est entre 9 à 14ans. De plus, plusieurs études suggèrent qu'une personne ayant un membre de la parenté atteint de TCA a une héritabilité d'environ 70% en ce qui concerne le développement de l'anorexie et de 60% en ce qui concerne la boulimie (Ramos et collab., 2017).

Au niveau psychologique, l'impulsivité est un facteur de risque du développement des TCA (Wonderlich et collab., 2004). Autrement dit, les personnes impulsives, c'est-à-dire qui réagisse facilement et rapidement à une situation sans même prendre le temps de réfléchir, sont prédisposées à développer un TCA. Dans cette situation, les personnes atteintes de boulimie mangent souvent une énorme quantité de nourriture sans réfléchir avant de regretter leur acte. Aussi, les personnes atteintes de trouble du comportement alimentaire sont souvent des personnes qui se sentent toujours inefficaces dans les différentes tâches qu'elles accomplissent, et qui ne parviennent pas à déterminer leurs limites et à développer leur autonomie (Petitpas et Jean, 2011). En outre, Cervera et collab. (2003) estiment que les personnes ayant une faible estime de soi ont un plus grand risque de développer un TCA que les personnes qui ont une bonne estime de soi.

Au niveau familial, il n'existe pas encore un consensus qui permette de vraiment déterminer le rôle que peut jouer la famille dans le développement des TCA (Petitpas et

Jean, 2011). Néanmoins, «l'existence de conflits familiaux intenses et irrésolus semble être un facteur prédictif du risque d'apparition des troubles alimentaires de type boulimique et des conduites de dépendance à l'alcool ou aux drogues alors que l'évitement conflictuel semble être un mode d'interaction prédominant dans les familles d'adolescentes anorexiques.» (Doba et Nandrino, 2010. p.365).

Au niveau social, la valorisation du corps mince exerce une influence sur la perception que peut avoir une personne sur son propre corps. Les médias mettent de l'avant toutes les opportunités qui s'offrent aux personnes minces, ce qui influence le comportement alimentaire des jeunes dont le seul but est de ressembler à cet idéal de beauté mince. Néanmoins, ce style médiatique n'atteint pas l'ensemble de la population. Les personnes les plus affectées sont celles qui ont «un haut niveau d'insatisfaction corporelle ou un niveau d'intériorisation de la minceur idéale élevé» (Simon, 2007, p.139). Elles ignorent souvent que les images de mannequins et athlètes sont retouchées par des logiciels et de ce fait ne sont pas réelles. Hormis l'influence des médias sur le développement des TCA, l'apport des pairs et de l'entourage dans cette problématique n'est pas à négliger. Huon et Walton (2000) ont mené une recherche dont le but était de déterminer la part de responsabilité des pairs et des parents sur la mise en place d'un régime minceur. Ils ont découvert que les jeunes étaient influencés par leurs parents qui agissent comme un modèle ainsi que par les pairs avec qui ils se mettent en compétition. Ainsi, les jeunes qui évoluent dans un environnement où la minceur est valorisée et les régimes sont mises en premier plan sont prédisposés au développement des TCA.

1.3.2 Facteurs de vulnérabilité sociale chez les jeunes immigrants

- **L'acculturation**

L'acculturation est «le processus par lequel un groupe, généralement minoritaire, adopte les modèles culturels (croyances, religion, coutumes, langue) d'un groupe dominant ou hôte» (Satia-Abouta, 2003.p.73). Ainsi, il n'est pas évident pour les jeunes issus de l'immigration de transiter de leur culture d'origine à la culture de la société d'accueil. Ce processus engendre du stress et de l'anxiété chez plusieurs jeunes. Il est possible que certains jeunes passent par ce processus sans difficulté, mais d'autres font face à d'énormes problèmes. Le stress lié au processus d'acculturation est appelé stress minoritaire par Cotter et collab. (2015). Plusieurs auteurs (Rodgers et collab., 2018; Doris et collab., 2015; De Montgrémier et collab., 2017; Claudat et collab., 2016) sont en accord que le trouble alimentaire chez les jeunes issus de l'immigration est lié directement ou indirectement au développement du stress minoritaire. D'ailleurs, Claudat et collab. (2016) ont réalisé une recherche qui montre que le stress d'acculturation et le développement du trouble alimentaire sont liés par l'estime de soi. Ils ont constaté que l'estime de soi des jeunes de minorité ethnique est détériorée par des stéréotypes véhiculés sur leur culture d'origine. De ce fait, certains jeunes mettent de l'avant la culture d'accueil dans le but de se faire accepter dans leur milieu. Cependant, une fois dans le groupe dominant, ils n'ont pas un sentiment d'appartenance à cause des stéréotypes véhiculés à leur égard. C'est ainsi que la perte d'estime de soi dû aux stéréotypes peut dans certains cas être liées au développement des TCA.

Par ailleurs, De Montgrémier et collab. (2017, p.504) estiment qu'en plus de la dévalorisation de la culture d'origine par la société d'accueil, les jeunes de minorité

ethnique sont influencés par «le standard de la culture d'accueil». Ainsi, l'importance accordée au poids dans une culture d'accueil dominante a une influence sur l'attitude des individus issus de l'immigration en situation de minorité (Ball & Kenardy, 2002), plus précisément celle des femmes noires (Abrams et collab. 1993). La recherche De Montgrémier et collab. (2017) sur une jeune fille chinoise atteinte d'anorexie mentale montre qu'elle a un déni de sa maigreur. Ce déni n'est pas une caractéristique de l'anorexie mentale des femmes chinoises, mais plus tôt celle des femmes occidentales. Ainsi, il est perçu que les jeunes immigrants sont plus influencés par la société occidentale. De Montgrémier et collab. (2017) démontrent avec le cas de cette jeune Chinoise, que l'acculturation n'est pas le seul facteur de risque du trouble alimentaire, mais que la construction identitaire en fait également partie.

- **La construction identitaire**

C'est à l'adolescence que se construit l'identité pour tout être humain dans la société. Certains adolescents construisent la leur facilement, mais d'autres rencontrent de nombreuses difficultés. Les adolescents issus des minorités visibles font partie de la catégorie dont la construction identitaire est problématique. À cet effet, l'adolescent doit pouvoir consciemment combiner ses capacités, ses valeurs, ses intérêts et les opportunités sociétales dans un contexte culturel et social plus large que celui dans lequel il a grandi (Lannegrand-Willems, 2017). Les individus issus de minorités visibles doivent faire une synthèse des deux cultures dans laquelle ils vivent à savoir: la culture d'origine et celle de la société d'accueil. Il n'est pas évident pour ces derniers de faire le tri entre les différentes valeurs présentes dans la société. Plusieurs recherches (Doris et collab.,

2015; De Montgrémier et collab., 2017) montrent que les adolescents issus de minorités visibles et qui vivent une différence physique et culturelle sont susceptibles de développer des difficultés au niveau de leur construction identitaire, ce qui est un facteur de risque du trouble de comportement alimentaire. Plusieurs conflits peuvent surgir lorsqu'un adolescent commence à faire des choix culturels. Il se trouve pris entre sa famille (environnement intérieur), qui peut lui mettre de la pression avec sa culture d'origine, et l'environnement extérieur (école, travail, religion, pairs) qui en fait de même. Cette rivalité de culture est nommée «culture clash» par De Montgrémier et collab. (2017, p.503). Pour eux, le jeune appartenant à une minorité ethnique rencontre d'énormes difficultés au niveau du métissage des cultures, ce qui influence négativement son estime de soi. Une estime de soi est un facteur de risque de développement des troubles de l'alimentation, comme nous l'avons vu avec l'acculturation. Les jeunes issus de minorités ethniques rencontrent trop de difficultés à développer une estime de soi positive au point où ils veulent «se fondre rapidement parmi les autres adolescents, car la manière dont ils sont perçus par les camarades peut influencer leur acceptation ou leur rejet.» (Lafortune et Kanouté, 2007. p.48). Subir la pression de la communauté dominante au point de vouloir s'effacer perturbe le développement identitaire et l'acceptation de soi. Cette attitude soulève l'importance accordée au regard de l'autre dans la société. Lafortune et Kanouté (2007) ainsi que Claudat et collab. (2016) évoquent la place des stéréotypes dans la construction identitaire. Les jeunes de minorités ethniques sont teintés de stéréotypes et doivent développer des stratégies personnelles pour s'en défaire en se situant en fonction de leurs choix et non celui des autres. Les jeunes de la première et deuxième génération qui vivent de la discrimination ne retrouvent pas leur place dans la communauté d'accueil

et parfois même dans la communauté d'origine. Toutes ces pressions sociétales n'excluent pas celle des parents qui, dans certains cas, imposent à leurs adolescents leurs valeurs culturelles. En plus de cette pression venant des parents, les jeunes issus de l'immigration se trouvent confrontés au racisme.

- **Le racisme**

Les jeunes de minorités visibles sont touchés par le racisme au quotidien. Ces discriminations peuvent être produites consciemment ou inconsciemment par les autres membres de la société dans laquelle ils évoluent. Plusieurs recherches ont montré l'influence négative du racisme sur la santé mentale des individus issus de l'immigration. En revanche, très peu se sont penchées sur son lien avec le développement des troubles alimentaires dans cette communauté. Les études réalisées au sein de la population de minorité ethnique relèvent que le racisme a un lien avec le développement du trouble du comportement alimentaire (Cheng et collab., 2017; De Montgrémier et collab., 201 ; Sahi Iyer et Haslam, 2003). Cheng et collab. (2017) ont réalisé une des premières études sur un groupe de femmes américano-asiatiques. Ils concluent que les taquineries raciales poussent ces femmes à changer leur comportement alimentaire pour s'harmoniser aux idéaux de beauté médiatisés dans la société d'accueil. La médiatisation des idéaux de beauté n'est pas la principale cause du changement de comportement alimentaire comme ce l'est pour le groupe dominant. La cause est plutôt les railleries blessantes à propos de leur image corporelle (Cheng et collab., 2017). Les femmes qui vivent dans un environnement où la discrimination raciale est souvent présente considèrent leur identité et leur corps sans valeur au fil du temps (Sahi Iyer et Haslam, 2003). Cette dévaluation

de leur identité et de leur corps génère beaucoup de stress et d'anxiété, ce qui trouble leurs habitudes alimentaires. Il est important de noter que la discrimination raciale qui touche les jeunes de minorités visibles ne se relève pas seulement de l'image corporelle, mais va bien au-delà. La recherche de Sahi Iyer et Haslam (2003) considère que peu de femmes parviennent à surmonter la discrimination liée à leur corps, car une grande importance est donnée au physique des femmes dans la société.

1.4 Les effets du TCA sur les parents

Comme les parents jouent un rôle central dans la nutrition et le développement de leur progéniture, ils se trouvent souvent perturbés lorsque leur enfant reçoit un diagnostic de TCA. Ainsi, ils ont également un rôle important à jouer dans le rétablissement de leur enfant malade, car ils vivent avec ce dernier au quotidien. De ce fait, «l'implication des parents est recommandée et essentielle dans le traitement de troubles des conduites alimentaires à l'adolescence» (Fortier et Harvey, 2017, p.219). Cette implication n'est pas aisée pour de nombreux parents, car le problème du TCA de leur enfant s'ajoute aux difficultés de la vie.

L'annonce de la maladie d'un enfant aux parents génère du stress et l'anxiété. Ces derniers passent des moments difficiles, car la maladie de leur enfant affecte plusieurs aspects de leur vie tels que le travail, la famille et les proches (Bouteyre, 2010). Ainsi, le stress et l'anxiété liés au trouble diagnostiqué chez l'enfant sont susceptibles de détériorer l'état de santé des parents au fil du temps. Dans le même ordre d'idées, les familles de personne souffrant de TCA rencontrent des difficultés au niveau de la perception claire du trouble (Winn et collab., 2004; Whitney et collab., 2005). En effet, les

parents d'enfants atteints de trouble du comportement alimentaire n'ont pas une bonne compréhension de ce diagnostic. Ils se posent énormément de questions et aimeraient être accompagnés dans leur compréhension. En plus, la culture peut avoir une influence sur la perception du trouble, car plusieurs parents immigrants peuvent n'avoir jamais entendu parler de ce trouble dans leur pays d'origine. Il n'est pas évident pour ces parents d'accompagner leur enfant malade s'ils ne sont pas mieux informés sur la maladie dont souffre ce dernier. Par exemple, certains parents immigrants asiatiques vivent avec leurs enfants atteints de TCA sans même le percevoir, car ils éprouvent de la difficulté à reconnaître les signes qui peuvent leur guider à détecter cette maladie chez leurs enfants (Wang, et collab., 2019). Ainsi, ils expriment le besoin d'avoir plus d'informations sur la maladie diagnostiquée chez leur enfant (Svensson et collab., 2013). Parfois, les parents sont inquiets de l'état de santé de leur enfant et sont même pessimistes quant à son rétablissement et sa guérison (Honey et Halse, 2006). Ces parents vivent dans l'incertitude au quotidien et se demandent s'ils verront des jours meilleurs pour leur famille. En plus de cette inquiétude, la relation entre les professionnels de santé et les parents n'est pas de bonne qualité. Certains parents d'enfants souffrant des TCA ne sont pas satisfaits de la qualité des soins reçus pendant la maladie de leur enfant. Ils évoquent un manque d'information et d'orientation en ce qui concerne la manière de prendre en charge l'enfant malade, ce qui développe en eux un sentiment d'impuissance face à la souffrance de leur enfant (Tan et collab., 2003; Whitney et collab., 2005). De plus, les parents dont les enfants reçoivent des services de santé ne sont pas vraiment impliqués dans le processus de guérison de leur enfant, car ils se contentent souvent de répondre aux questions de l'intervenant (Røgeberg, 1990).

En fin de compte, prendre soin d'un enfant malade n'est pas facile, car cela génère des difficultés psychologiques, ce qui devrait attirer l'attention des professionnels de la santé et des chercheurs (Blondin et Meilleur, 2016).

1.5 Les familles immigrantes et les TCA

La réception du diagnostic d'un TCA chez un enfant est un événement qui peut déclencher plusieurs dysfonctionnements dans la vie de famille, plus encore lorsque la maladie diagnostiquée chez l'enfant est une maladie dont le parent n'a pas une bonne connaissance. Certains parents immigrants d'un enfant qui a reçu un diagnostic de TCA sont désorientés face à la situation car ils ne n'étaient pas nécessairement familiers avec cette pathologie dans leur pays d'origine. (De Montgrémier, et collab., 2017). En Afrique, les cas de TCA sont rarement répertoriés en psychopathologie (Menick, et Moukouta, 2016), ce qui peut justifier une sous-information des parents immigrants en ce qui concerne cette maladie. En effet, en cinq ans d'exercice dans un hôpital et centre d'écoute pour enfants et adolescents en Afrique subsaharienne accueillant en moyenne 1500 patients annuellement, seulement trois cas de boulimie ont été diagnostiqués chez des femmes exclusivement (Menick et Moukouta, 2016). Par ailleurs, jusqu'en 2017, les TCA dans les communautés immigrantes n'ont fait l'objet d'aucune étude dans le domaine de la santé mentale (Mustelin et collab., 2017).

En outre, plusieurs chercheurs ont mené quatre études en Afrique (Kenya, Tanzanie, Ghana et Égypte) sur les TCA. Sur un échantillonnage total de 1476 femmes, aucune d'entre elles n'a fait l'objet d'un diagnostic d'anorexie nerveuse selon les critères énumérés par le DSM-IV. De plus, trois de ces études ont inclus la boulimie dans leur

recherche et sur un échantillon de 808 femmes, seulement sept cas de boulimie ont été répertoriés (van Hoeken, Burns et Hoek, 2016). Toutefois, ces quatre études avaient un échantillonnage de 76 hommes et aucun d'entre eux n'a reçu un diagnostic de TCA, ce qui confirme une fois de plus que les TCA touchent majoritairement les femmes.

Si de nouvelles recherches sont menées avec les critères de diagnostic du DSM-V, plus de cas de TCA pourraient être enregistrés en Afrique, car selon van Hoeken, Burns et Hoek (2016), le DSM-V précise le critère B du DSM-IV en incluant non seulement «une peur intense de prendre du poids ou de grossir, mais aussi un comportement persistant qui interfère avec gain de poids, même à un poids significativement faible» (2016, p.376).

Ainsi, l'absence d'étude en Afrique et axée sur la population immigrante empêche d'avoir une connaissance des besoins de cette population au sujet des TCA. De ce fait, les parents immigrants sont sous-informés lorsqu'ils font face à un cas de TCA dans la famille. D'ailleurs, à cause du manque d'information et de sensibilisation au sujet des TCA, il est difficile pour certains parents, plus précisément les parents immigrés asiatiques, de reconnaître les signes de la boulimie chez leurs enfants (Wang et collab., 2019).

1.6 Question de recherche et pertinence sociale et scientifique

1.6.1 Question et objectif de recherche

La question de recherche retenue dans le cadre de cette étude est: Quelle est l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint de troubles du comportement alimentaire?

Les objectifs du projet de recherche sont les suivants:

- Documenter l'expérience des parents immigrants qui ont un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire.
- Décrire les moyens mis en œuvre par les parents immigrants pour composer avec la maladie de leur enfant à toutes les étapes de soins, du diagnostic de la maladie à la guérison, s'il y a lieu.
- Explorer le style d'accompagnement et de soutien offert aux parents immigrants par les services de santé ainsi que la relation entretenue avec ces derniers.
- Formuler des recommandations sur les adaptations à mettre en application pour répondre aux besoins des parents issus de l'immigration ayant un enfant atteint de TCA.

1.6.2 Pertinence sociale et scientifique

Pour ce qui est de la pertinence sociale, notre recherche va contribuer à une meilleure compréhension de la problématique du TCA chez les parents issus de l'immigration. Par l'entremise d'entrevues semi-dirigées, les parents immigrants pourront faire entendre leur voix et améliorer la compréhension de leurs réalités. Les données recueillies serviront à sensibiliser les professionnels de la santé sur la réalité vécue par les parents en contexte migratoire qui ont un enfant atteint de troubles du comportement alimentaire. De ce fait, les professionnels pourront utiliser ces données comme outils afin de concevoir des services spécifiques pour aider ces parents ou tout au moins pour adapter leur pratique lorsqu'ils travaillent avec ces familles. De plus, cette étude va contribuer à l'amélioration des interventions familiales axées sur la culture. Certains

extraits de récits des parents recueillis lors des entrevues et inscrits dans cette recherche pourront également contribuer à réconforter les parents qui vivent la même situation dans la mesure où ils peuvent trouver des amorces de solution. Enfin, les résultats de cette recherche pourront aider à développer des ressources adaptées aux besoins des communautés immigrantes qui font face à ce problème.

En ce qui concerne la pertinence scientifique de la recherche, le choix de la communauté immigrante a été fait pour pallier le manque de données sur cette population en lien avec les troubles du comportement alimentaire au Canada. Cette population a été très peu étudiée dans les recherches menées jusqu'à nos jours au Canada. Ainsi, cette recherche contribuera à produire des données sur l'expérience vécue des parents issus de l'immigration qui ont au moins un enfant atteint de troubles du comportement alimentaire, au Canada. Aussi, cette recherche contribuera à enrichir les données scientifiques en langue française sur cette problématique, étant donné la rareté constatée lors de notre recension des écrits. Grâce à cette recherche, la société pourra mieux comprendre les réalités des familles immigrantes qui vivent cette problématique et déconstruire tout préjugé à leur égard. Ce mémoire de recherche pourra inciter des chercheurs à approfondir leur compréhension de cette problématique et à recueillir des données à partir d'un échantillon plus grand. C'est en menant ce genre de recherche que la communauté immigrante pourra se faire une place dans le milieu scientifique et contribuer à la recherche des solutions au sujet des différents problèmes qui minent cette communauté.

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre présentera la perception de la santé mentale dans la population immigrante ainsi que le cadre théorique choisi pour cette recherche c'est-à-dire la psychiatrie transculturelle. Ce cadre théorique permettra d'analyser l'influence de la culture sur l'étiologie des TCA dans la communauté immigrante.

2.1 SANTÉ MENTALE ET POPULATION IMMIGRANTE

En général, les immigrants au Canada ont une meilleure santé que leurs pairs nés au pays. Ceci se justifie par les critères de sélection des personnes ayant une bonne santé dans les différents pays d'origine lors du processus de sélection des candidats (Statistique Canada, 2020). Cependant, il est difficile pour ces immigrants de conserver leur santé une fois installés au Canada en raison des difficultés d'intégration qui détériorent leur santé au fil du temps. Ces difficultés sont d'ordre socioprofessionnel (Béji et Pellerin, 2010), socioéconomique (Kouyé et Soulière, 2018) et socioculturel (Adjizian et collab., 2021). Pour améliorer ou conserver leur santé, la population immigrante doit pouvoir recourir aux professionnels de la santé, au besoin. Ceci n'est pas le cas selon Brown et collab. (2011), qui affirment que les immigrants ont très peu recours aux services en santé mentale. À la suite de ce constat, quelle peut bien être la raison de la réticence des migrants à demander de l'aide ou à recevoir des soins en santé mentale? Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question et ceux qui ont retenu notre attention abordent les obstacles à l'accessibilité aux soins de santé liés au facteur culturel.

La stigmatisation des maladies mentales est présente dans les communautés immigrantes. Une étude sur les femmes américaines sud-asiatiques atteintes de TCA a

relevé que ces dernières n'avaient pas recours aux soins de santé à cause de la stigmatisation sociale et de la perception de la maladie mentale et du traitement dans leur culture (Goel et collab., 2022). La perception des maladies mentales de nombreux immigrants est un obstacle à l'accessibilité aux soins de santé. Au Canada, plusieurs personnes immigrantes pensent que les services en santé mentale sont inutiles et qu'elles sont capables de résoudre leur problème de santé mentale sans demander l'aide d'un professionnel de la santé (Statistique Canada, 2021).

En outre, certains immigrants canadiens originaires de l'Afrique subsaharienne considèrent la maladie mentale comme la folie, la possession du corps par un mauvais esprit (Levesque et Rocque, 2015). Pour eux, la maladie mentale relève du surnaturel et donc seuls les responsables religieux peuvent aider les personnes malades à guérir. Ainsi, cette perception de la maladie mentale influence grandement la demande de services par les personnes souffrant de problèmes mentaux de peur d'être étiquetées comme folles et rejetées par leur communauté.

Par ailleurs, il est difficile pour les médecins généralistes de reconnaître les problèmes psychologiques chez les patients noirs (Odell et collab., 1997). Cette difficulté à diagnostiquer un problème de santé mentale chez les personnes immigrantes est culturelle, car il existe une incompréhension des «différentes manières d'exprimer la détresse mentale, différentes croyances en matière de santé et styles de recherche d'aide» (Odell et collab., 1997, p.540). Étant donné la grande variété des cultures existantes, il est difficile pour ces médecins généralistes d'orienter les patients immigrants vers les soins en santé mentale, car ils ne reconnaissent pas les symptômes de la

maladie. Ainsi, les professionnels de la santé devraient avoir une compétence culturelle pour répondre aux besoins des personnes immigrantes.

Au regard de tout ce qui est évoqué sur la santé mentale au sein de la population immigrante, il serait judicieux de mettre en place une prise en charge spécifique afin d'accompagner ces familles dans les situations qu'elles rencontrent. Le soin transculturel est une proposition de prise en charge spécifique et complémentaire faite dans un contexte de migration (De Montgremier et collab., 2017).

2.2 La psychiatrie transculturelle

La thérapie transculturelle ou ethnopsychiatrie est une thérapie française fondée par Gorges Devereux qui a vu le jour dans les années 1970. Pour cet auteur, l'approche transculturelle permet de donner un statut à tous les êtres humains ainsi qu'à leur production culturelle et psychique. De plus, il est important de considérer la manière de penser des individus et les soigner en tenant compte de leur langue, culture ou religion (Moro, 2015). Le lien que nous avons établi entre les parents issus de l'immigration et les TCA nous a conduits à l'approche transculturelle. En effet, «dans la mesure où l'anorexie mentale est caractérisée à la fois comme d'origine psychique et dépendant étroitement de la culture, il est tentant de chercher une posture épistémologique à l'intersection entre le plan de l'inconscient et celui du social» (Maitre, 2001, p1552). Étant donné l'importance de la culture dans la communauté immigrante, il a été judicieux de prendre pour cadre théorique la thérapie transculturelle qui place la culture au centre des interventions. La perception des TCA est différente d'une culture à une autre et cela doit être pris en compte au moment de l'offre de services auprès des familles issues de l'immigration qui

ont un enfant malade. Au Canada, Cécile Rousseau est la pédopsychiatre qui a le plus approfondi l'approche transculturelle. Pour elle, la culture doit être placée au centre des interventions auprès des personnes issues de l'immigration, car elle oriente la façon d'intervenir. Ainsi, «[[l']objectif du thérapeute de la clinique transculturelle est d'entrer en relation avec le patient qui n'appartient pas à la même culture que lui, de prendre en compte les variables culturelles dans une approche thérapeutique, et d'utiliser, à des fins thérapeutiques, l'articulation entre le "dedans" du patient (son psychisme, son histoire personnelle) et le "dehors"» (Lecomte et Collab. 2006, p.22). De ce fait, la prise en compte de la culture lors des interventions auprès des familles immigrantes permettra de mieux cerner leur réalité, de comprendre leurs difficultés et enfin de les accompagner dans la recherche de solutions à leur problème.

En général, les professionnels de la santé ont un style occidental dans l'évaluation des patients, car ils ont majoritairement une expérience avec le groupe dominant.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre a pour objectif de présenter la méthode de recherche qualitative, qui est la méthode de recherche désignée pour réaliser cette étude. Compte tenu de l'importance accordée à la participation des personnes directement touchées par les TCA, l'entretien semi-dirigé a été choisi comme technique de recherche. De ce fait, cette section présentera cette technique en plus de la population choisie et le processus qui a mené au recrutement des participants. Enfin, la considération éthique sera abordée.

3.1 LA MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

Généralement, deux méthodes sont mises de l'avant lors des recherches en sciences sociales. Il s'agit de la méthode qualitative et de la méthode quantitative. La méthode de recherche quantitative permet de présenter un portrait général sur un sujet alors que la méthode de recherche qualitative permet d'interpréter des données langagières. De plus, la méthode de recherche quantitative «accorde priorité au jeu des corrélations qui peuvent être établies entre les variables sous observation» alors que la méthode de recherche qualitative «tente plutôt de saisir la réalité telle que la vivent les sujets avec lesquels il est en contact; il s'efforce de comprendre la réalité en essayant de pénétrer à l'intérieur de l'univers observé.» (Poisson, 1983, p.370-371). De même, contrairement à la méthode de recherche qualitative, la méthode de recherche quantitative ne permet pas de répondre complètement aux interrogations suscitées par la vie quotidienne (Aubin-Auger et collab., 2008). Compte tenu de ces différences, la méthode de recherche qualitative a été choisie pour cette étude, car elle répond au processus dont nous avons besoin pour mener à terme l'étude. Ainsi, une recherche qualitative est entreprise «dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, procède à leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage » (Creswell, 1998, p.14). À cet égard, la méthode de recherche qualitative donne l'occasion au chercheur d'aller rencontrer les personnes concernées par la problématique (les parents immigrants) sur le terrain, de leur donner la parole et enfin de recueillir les données qui seront interprétées. Autrement

dit, cette méthode consiste à recueillir des données verbales qui permettent par la suite d'entreprendre une démarche interprétative (Aubin-Auger et collab., 2008). L'interprétation des données recueillies suit un processus d'analyse qualitative. Ainsi, «l'analyse qualitative est une démarche discursive de contextualisation, d'explication ou de théorisation d'expérience vécue ou de phénomènes observés» (Paillé et Mucchielli, 2021, p.264). En fin de compte, la méthode de recherche qualitative est mieux adaptée pour des études concernant des problèmes liés à la maladie et à la santé, car «toute personne désirant intervenir dans le système de soins de santé, à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation des recommandations adressées aux gestionnaires du système» peut utiliser cette méthode de recherche pour mieux comprendre les expériences des personnes concernées par le problème (Kohn et Christiaens, 2014, p.68). Cette méthode est adéquate à notre recherche parce qu'elle nous permettra d'avoir des données provenant directement de la population touchée par le problème, soit les parents ayant un enfant atteint de TCA.

Comme toute méthode de recherche, la méthode de recherche qualitative a des avantages et des limites. Comme avantage, cette méthode donne l'occasion aux participants à la recherche d'exposer leur point de vue et de s'exprimer (Gauthier et Bourgeois, 2016). Ainsi, les parents immigrants partagent des informations intimes sur leur trajectoire de vie et sur leur expérience en lien avec le trouble de leur enfant, ce qui enrichit l'étude et permet de produire des données sur le sujet. De plus, une fois les données analysées, il sera possible de formuler des recommandations qui pourront guider les professionnels de la santé dans leurs différentes interventions. En outre, cette

méthode permet de travailler avec un échantillon réduit (qui peut aller jusqu'à un seul participant) et de produire des données sur une courte période (Péladeau & Mercier, 1993). Effectivement, cette étude a un échantillon de trois participants et s'est effectuée sur une période approximative de six mois. De plus, cette méthode permet de présenter des informations sur la manière dont certaines situations ont été vécues, sur les opinions et sentiments des participants (Marty et collab., 2011, p.131), ce qui est l'un des objectifs principaux de cette recherche. En dépit de ces avantages, la méthode de recherche qualitative a certaines limites. Compte tenu de la petite taille de l'échantillonnage, les résultats de la recherche qualitative ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population.

3.2 LA TECHNIQUE DE RECHERCHE : L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

La technique de collecte de données qui a retenu notre attention parmi la panoplie existante en recherche scientifique est l'entretien semi-dirigé. Selon Imbert (2010), l'entrevue semi-dirigée est «une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur» (p.25). De plus, l'entrevue semi-dirigée permet au chercheur d'explorer en profondeur certains sujets abordés et aide à clarifier des sentiments, des pensées, des intentions, etc. (Savoie-zajc, 2009). Cette technique a permis d'entretenir une conversation d'environ une heure et demie avec chaque parent et de recueillir des informations qui ont servi à mieux répondre à la question de recherche. Dans le souci de créer un climat de confiance, un rappel aux parents concernant l'anonymat des informations sur leur identité a été fait en plus de la

présentation de l'approbation du comité d'éthique de l'Université d'Ottawa qui garantit au participant que la recherche se déroule dans le respect des principes scientifiques et éthiques.

Pour mener à bien ces entretiens, il était important «d'être à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, de son histoire, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite tout en gardant la "juste distance".» (Imbert, 2010, p.25). De ce fait, l'entretien semi-dirigé s'est déroulé à l'aide d'un guide d'entretien qui a été élaboré grâce à différents articles scientifiques consultés au cours de la recension des écrits de cette étude.

Comme avantage, l'entretien semi-dirigé donne l'occasion aux parents issus de l'immigration d'exposer leur point de vue sur leurs expériences avec le TCA de leur enfant et de s'exprimer sur la relation qu'ils entretiennent avec les autres membres de la société, notamment le personnel des services de soins de santé (Gauthier et Bourgeois, 2016). Cette technique permet aux parents immigrants de nous confier des informations intimes sur leur trajectoire de vie, ce qui enrichira notre analyse. Aussi, il est facile pour nous de déplacer l'entretien d'un participant lorsque celui-ci a un empêchement. Il est également possible de noter le non verbal des participants lors des entretiens (Van der Maren, 2010), ce qui contribue à une meilleure analyse du contenu.

En ce qui concerne les limites de l'entrevue semi-dirigée, nous avons la crainte que les participants puissent se remémorer des souvenirs douloureux, ce qui pourrait empêcher la poursuite de l'entretien, car la trajectoire d'un immigrant est parfois truffée de mauvais souvenirs. C'est pour cette raison qu'une liste de ressources à consulter a été élaborée pour aider les parents, au besoin. Par ailleurs, le recrutement est identifié

comme une phase difficile de cette technique de recherche. À cet effet, trouver des participants pourrait s'avérer difficile, car les TCA sont très peu abordés dans la communauté immigrante.

3.3 La population cible et le recrutement

Pour réaliser une recherche en sciences sociales, il est important de pouvoir choisir la population adéquate pour répondre aux objectifs de l'étude. Dans le cadre de cette recherche, la population désignée est la population immigrante, plus précisément les parents immigrants ayant un enfant atteint du TCA. La population immigrante représentait 80% de l'accroissement de la population du Canada entre 2017 et 2018 (Statistique Canada, 2021). De plus, la projection démographique révèle que l'immigration sera la seule source possible d'augmentation de la population en 2030 (Kanouté, 2007), d'où l'importance de mener des études sur cette population afin de mieux cerner ses besoins. Cette population est composée des ressortissants de plusieurs régions dans le monde. Au Canada, l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et l'Alberta sont les principales provinces où vivent les immigrants (Statistique Canada, 2018). Dans le souci de maximiser les chances de trouver des participants pour notre recherche, le recrutement a été effectué en Ontario et au Québec, où les immigrants représentent respectivement 39% et 17,8% de la population immigrante du Canada (Ministère des Finances, 2017).

Les participants ont été recrutés par le biais de l'AFIO (Accompagnement des femmes immigrantes de l'Outaouais) et de l'association congolaise de Gatineau/Ottawa. L'AFIO a accepté d'afficher notre formulaire de recrutement dans leur local et le

secrétaire général de l'association s'est chargé d'envoyer le formulaire de recrutement par courriel à tous les membres. De plus, le formulaire de recrutement a aussi été posté sur nos réseaux sociaux ainsi que dans plusieurs groupes (Facebook, Instagram, WhatsApp) avec pour mention «Pour les personnes intéressées, s'il vous plaît me répondre en privé et ne pas taguer les personnes dans les commentaires.»

Toutefois, pour obtenir les données qui répondent à notre question, il est important de déterminer les critères de sélection des participants. C'est pourquoi trois critères ont été désignés, à savoir être âgé de 18 ans et plus; être un parent immigrant, résidant au Québec ou en Ontario depuis au moins deux ans; avoir au moins un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire et vivre au quotidien avec ce dernier.

3.4 Procédure de l'analyse des données

Les entretiens avec les participants dans cette recherche ont été enregistrés sous format audio. Par la suite, les données audios ont été retranscrites en fichier texte et anonymisées afin d'éviter que les participants puissent être reconnus. L'analyse thématique du discours a été choisie comme méthode d'analyse de données. Cette méthode permet de réduire les données et demande au chercheur de «faire appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations que l'on appelle les "thèmes" [...]; on parle aussi parfois de "sous-thèmes" pour se référer à la décomposition de certains thèmes» (Paillé et Mucchielli, 2012, p.231). Ainsi, plusieurs lectures du contenu des verbatims ont été effectuées afin de dégager les thèmes et les sous-thèmes pertinents à cette recherche en ayant pour base le guide conçu pour les entretiens (voir le guide en Annexe C). Par la suite, les données qui ne sont pas à privilégier ont été éliminées afin

de mieux se concentrer sur le contenu pertinent. Puis, une recherche des ressemblances, c'est-à-dire les relations entre les termes et les liens entre les discours, a été réalisée. Enfin, nous avons procédé à l'interprétation des résultats obtenus. Tout ce processus d'analyse s'est fait sur papier de façon manuelle, car l'utilisation des logiciels demande une compétence spécifique et complexe. Par ailleurs, il est important de pouvoir garder un esprit ouvert afin d'analyser les données recueillies à travers les entretiens pour éviter de trop être influencé par les hypothèses de recherche pensées au début de cette étude.

3.5 Considération éthique

Dans le souci de bien mener cette recherche, il a été nécessaire d'obtenir une approbation du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa, considérant que l'étude devrait être faite avec des êtres humains. Cette démarche vise «à assurer un consentement éclairé et à augmenter la protection des participants considérés comme étant très vulnérables» (Caldairou-Bessette et collab., 2017, p.37). De ce fait, un formulaire de consentement (Annexe B) a été rédigé et présenté aux participants afin de s'assurer et de confirmer la participation volontaire, libre et éclairée de tous participants à la recherche. Une copie du formulaire de consentement a été envoyée par courriel aux participants pour prise de connaissance avant l'entrevue. Ainsi, lors de l'entrevue, plus d'explications ont été données aux participants qui avaient des préoccupations tout en précisant qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment sans avoir besoin de donner une explication. Après la signature du formulaire de consentement, une copie a été remise à chaque participant afin qu'il puisse la conserver. Aussi, pour rassurer les participants de la protection de leurs données personnelles, ils

ont été informés que leurs noms seraient remplacés par des pseudonymes et que toutes les informations permettant de les identifier ne seraient pas mentionnées dans la recherche.

3.6 Limites

Malgré la volonté de bien mener cette recherche, nous avons rencontré des limites qui affectent directement ou indirectement la portée des résultats scientifiques qui en découlent. Étant donné la durée réduite de la recherche, il nous a paru judicieux de limiter notre recrutement à seulement trois participants. De ce fait, les conclusions ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population immigrante. Le petit échantillon ne permet pas également d'avoir un aperçu réel de l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint du TCA.

Nous avons rencontré d'énormes difficultés lors du recrutement, car les parents immigrants étaient réticents à participer à la recherche, peut-être à cause de la stigmatisation autour de la maladie mentale en général et des TCA en particulier dans la communauté immigrante. D'ailleurs, il nous a été impossible de recruter un participant au Québec, malgré nos efforts et à notre grande déception, car nous aurions aimé inclure l'expérience des parents immigrants ayant reçu des soins de santé pour leur enfant aux prises avec un TCA dans cette province.

Chapitre IV : RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus par le biais des entretiens semi-dirigés effectués auprès de trois parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA. Les participants à cette recherche sont des ressortissants de l'Afrique et ont tous un niveau de scolarité universitaire. Deux parents sont informaticiens et le dernier est un professionnel en santé mentale. Les résultats seront exposés selon les thèmes qui sont ressortis lors de l'analyse de contenu.

4. 1 Reconnaissance des signes caractéristique du TCA

Une des questions posées dans cette étude cherchait à savoir si les parents immigrants avaient été capables de reconnaître les signes caractéristiques des TCA vécus par leurs enfants. Les trois parents immigrants rencontrés ont dit avoir remarqué des changements au niveau de l'alimentation et des habitudes de leur enfant. Ces parents ont certes perçu des changements, mais n'ont pas fait le lien avec un TCA. Les changements constatés étaient différents d'un parent à l'autre. Le premier parent a mentionné avoir été content de voir son enfant s'intéresser aux activités de cuisine, car «cet intérêt envers la cuisine, aider, participer, c'est très louable» (A). Il a compris par la suite que le comportement de sa fille était problématique, car cette dernière a commencé à faire un tri des aliments qu'elle devait manger et à perdre énormément de poids. Quant au second parent, elle a rapidement remarqué un changement problématique chez sa fille, car elle dévoile : «ma fille a commencé à se dire qu'elle devait passer un mois en se coupant de tout sucre, rien de ce qui est sucré et puis progressivement je me suis rendu

compte qu'elle s'adonnait, elle cherchait à faire beaucoup d'exercice physique et à se priver au maximum de l'alimentation. Avec le temps, il y avait des choses qu'elle ne pouvait vraiment pas manger, ainsi tout ce qui avait du gras et du sucre. Elle a perdu énormément de poids.» (C). Le troisième parent a constaté que sa fille vomissait et utilisait des produits laxatifs. Elle a dit : «j'entendais quelqu'un qui vomissait, mais je n'ai jamais cru pourtant que j'ai fait des études [en santé mentale], je n'ai jamais cru comment l'enfant.... Elle vomit... Elle se fait vomir. J'ai vu des taches qu'elle avait sur ses dents, j'ai vu des dents qui sortent un peu, je voyais des traces marronnes dans ma toilette... c'est à ce moment-là que je sentais qu'il y avait un problème parce qu'il y avait aussi des suppositoires pour laxatif dans le frigo.» (B).

4.2 Niveau de compréhension du TCA

Cette recherche souhaite aussi connaître le niveau de compréhension par les parents des TCA en général et en particulier l'anorexie qui est le TCA diagnostiqué chez les trois filles des parents immigrants rencontrés. Deux des trois parents rencontrés ont affirmé avoir une bonne compréhension du TCA de leur enfant après avoir rencontré des spécialistes pendant le traitement de ces derniers et effectué des lectures approfondies sur le sujet. Le troisième parent reconnaît, quant à lui, ne pas avoir une bonne compréhension de l'anorexie de sa fille malgré qu'il soit un professionnel en santé mentale. Ce dernier n'arrive pas à aller chercher de l'aide pour mieux comprendre l'anorexie de sa fille à cause de la stigmatisation. Il dit «J'ai honte de parler parce que ma communauté va penser que je ressemble à une blanche. Je parle des choses qui n'existent pas dans mon continent, qui n'est pas vrai ou bien ce satanisme est plus

spirituel et moi qui est professionnel de santé mentale, j'ai toujours ce stigma qui est psychique pour moi» (B).

4.3 État mental des parents au moment du diagnostic et pendant la maladie

Une autre question posée se penchait sur la réaction des parents issus de l'immigration au moment de l'annonce du diagnostic de la maladie et sur l'impact de cette annonce sur leur santé et leur bien-être les jours suivants. En ce qui concerne l'annonce du diagnostic, un parent que nous avons rencontré a souligné avoir tout de suite accepté la situation, car depuis le jeune âge de sa fille, il voyait en elle «des signes avant-coureurs d'une personne qui pourrait être vulnérable à des problèmes de santé mentale» (A). Cependant, l'autre parent déclare s'être remise en question, avoir ressenti de la culpabilité et même avoir eu le sentiment d'avoir failli à son devoir de parent. Quant au dernier parent, il était dans le déni de la maladie, évitait d'en parler et de regarder tout documentaire en lien avec l'anorexie. De plus, ce parent achetait des vêtements amples à sa fille afin d'éviter de laisser voir à quel point elle avait perdu du poids.

Pour ce qui est de l'état de santé mentale des parents rencontrés, tous déclarent avoir été affectés physiquement et psychologiquement par la maladie de leur enfant. Ils disent avoir ressenti de la fatigue et de l'épuisement en raison du temps et de l'énergie consacrés à suivre les consignes des professionnels de santé et à veiller sur leur enfant pendant le processus de guérison. G affirme que sa fille «a carrément dormi des mois à [ses] côtés sur le même lit pour s'assurer qu'elle prenait une collation parce que [la maladie] affecte beaucoup son état physique. Il y avait cette peur ou risque qu'elle s'évanouisse, même dans la nuit. Donc, ce n'était pas une période facile du tout et ça

demandait des ressources et des implications. Il fallait aussi gérer les autres enfants de la famille pour les amener à comprendre que ça n'était pas des caprices, mais plutôt une maladie».

Ces parents mentionnent avoir vécu de l'anxiété qui se manifestait généralement par l'inquiétude d'être incapable de vaincre l'anorexie ou le démon (appellation donnée par A et B) qui possède leur enfant et de manquer de force pour prendre soin des autres enfants de la famille. Malgré cet impact négatif sur la santé, un parent a gardé son calme, car il a déclaré «Je n'ai pas perdu le contrôle de moi, il fallait que je sois au top pour pouvoir aider ma fille et j'ai fait du mieux que j'ai pu avec amour, avec compassion, sans la juger et trouver le juste équilibre entre être ferme et aimant en même temps avec elle.» (A).

4.4 Changements dans le quotidien

Lors de nos entretiens, les parents que nous avons rencontrés ont partagé les différents changements qu'ils ont effectués après le diagnostic de la maladie de leur enfant. Deux des trois parents disent avoir apporté d'énormes changements à leur vie familiale, professionnelle et financière.

Sur le plan familial, G souligne que «les loisirs ont été mis de côté parce qu'il fallait prioriser [la santé de sa fille] donc les autres enfants qui faisaient des activités parascolaires n'ont pas eu nécessairement l'occasion de le faire comme ils devaient le faire parce qu'il fallait ajuster le programme». Quant à l'autre parent, il n'avait plus de temps pour ses propres loisirs, car tout le «focus» était tourné vers sa fille malade (A).

Sur le plan professionnel, un des parents a opté pour un arrangement avec sa gestionnaire afin de travailler à partir de la maison pendant plusieurs semaines et a aussi demandé à prendre des congés. Ce parent a partagé «J'ai eu la chance d'avoir des journées de congé pour raison familiale à mon travail que j'ai utilisé au complet et bien au-delà j'ai dû utiliser mes propres congés de maladie et de vacances, en plus de tout ce que j'avais comme possibilité d'absences au travail pour les visites hebdomadaires au CHEO.» (A). De même, ces deux parents disent avoir réduit leurs heures de travail et changé leur horaire afin d'être disponibles pour les rendez-vous médicaux de leur enfant et s'occuper de la famille.

Sur le plan financier, un parent dit avoir vu son budget alimentaire augmenter à cause des produits alimentaires suggérés par les professionnels de santé, et qu'il fallait ajouter dans la liste habituelle d'épiceries pour permettre à sa fille de retrouver son poids santé. Ce parent a partagé qu'il «fallait dépenser sur des choses beaucoup plus chères qu'en temps normal [il] n'aurait pas acheté» (C).

Par ailleurs, si les deux autres parents ont fait plusieurs ajustements dans leur quotidien, le dernier parent n'a pas été capable de nous décrire les changements effectués. Ce dernier dit avoir besoin d'un accompagnement pour effectuer des changements qui peuvent l'aider dans cette situation, étant donné que sa fille malade n'est pas encore prise en charge par les professionnels et refuse toute aide. Toutefois, ce parent est dans une posture où elle surveille tout fait et geste de ces enfants. Elle déclare «même si je suis fatigué, je cuisine des choses pour que mes enfants ne perdent pas de poids. C'est une partie de mon anxiété, mon stress, je surveille, c'est moi qui jette la poubelle [...]. C'est moi qui lave les toilettes et c'est pour ça [...] je suis fatigué de

surveiller. Si mes enfants restent dans ma toilette plus de 10 minutes, je frappe à la porte» (B).

4.5 Relations avec les proches

Il a été demandé aux parents immigrants ayant participé à la recherche de partager à qui ils ont parlé de l'anorexie de leur enfant et s'ils ont reçu de l'aide de ces derniers. Deux des trois parents disent avoir partagé l'information sur l'état de leur enfant avec certains membres de leur famille immédiate ainsi qu'à leur employeur afin de justifier leur changement d'horaires ou leurs absences du travail. L'autre parent n'a pas parlé de la situation à ses amies et membres de sa famille, mais l'a fait à une voisine âgée qu'elle rencontre toutes les deux semaines et qui la comprend mieux quand elle se sent anxieuse.

En ce qui concerne le soutien reçu, deux parents disent avoir reçu un soutien moral venant des proches du mieux qu'ils pouvaient offrir et selon leur degré de compréhension de la maladie. À ce sujet, un parent a partagé «mes proches qui ont été au courant du problème de santé m'ont apporté leur soutien émotionnel, leur soutien psychologique avec leurs paroles, leurs encouragements, leurs conseils du peu qu'ils pouvaient, du peu qu'ils savent» (A). En revanche, le troisième parent souligne n'avoir reçu aucun soutien, mais plus tôt des critiques sur la perte de poids de sa fille venant des proches et membres de la famille.

Toutefois, un des trois parents a fait part de l'incompréhension exprimée par certains proches face à la maladie. Ces derniers n'ont pas considéré l'anorexie de sa fille comme une maladie, mais plutôt comme un caprice, et qu'il fallait que l'enfant mange

pour que son problème soit résolu. Ce parent a fait part de la mauvaise perception de l'anorexie dans la communauté noire ainsi que le manque de connaissance sur l'anorexie en particulier et sur les TCA en général.

4.6 L'influence du trouble sur la dynamique familiale et la fratrie

Au cours de nos trois entretiens avec les parents immigrants, comprendre l'influence du TCA de l'enfant malade sur la dynamique familiale et les autres enfants de la famille faisait partie de nos nombreuses préoccupations. Les trois parents immigrants rencontrés étaient tous d'accord que l'anorexie diagnostiquée de leur fille avait changé la dynamique familiale et affectait d'une manière ou d'une autre la fratrie.

Pour ce qui est de la dynamique familiale, deux des trois parents ont évoqué les difficultés rencontrées au moment des repas en famille, comme les mauvais jugements, le manque d'empathie, de soutien et d'encouragement envers l'enfant malade de la part des enfants qui n'avaient pas une bonne compréhension de la situation. Au sujet de sa fille atteinte d'anorexie, K a révélé «Mon mari insistait pour qu'elle s'assoie à table, elle voulait manger dans sa chambre à coucher. Ses grandes sœurs et son frère disaient non, tu restes à la table et tu manges avec la famille. Elle voulait être toute seule. Moi, j'ai essayé de la soutenir, mais en même temps je me contrariais et j'ai crié».

Pour l'influence de la maladie sur les autres enfants, les trois parents rencontrés ont évoqué plusieurs répercussions sur le reste de la fratrie dépendamment de l'âge des enfants. G estime que certains enfants ont perçu les soins et l'attention qu'elle accordait à sa fille malade comme du favoritisme, et cela a créé en eux un sentiment d'abandon : «les réactions de certains enfants m'amènent à comprendre qu'ils ont besoin d'attention.

Toute l'attention est focalisée sur une seule personne, ils se sentent délaissés. Des fois j'ai l'impression qu'il y a certains enfants qui ont voulu avoir des troubles alimentaires, qui ont voulu imiter ou répéter un comportement de l'enfant qui est atteint de l'anorexie. Je ne savais pas si c'était dans le but de pouvoir attirer de l'attention sur eux» (C).

De plus, deux des trois parents ont fait le constat qu'il devenait difficile, voire impossible, de rendre visite à des proches et à la famille à cause de l'anorexie de leur fille. Les visites devenaient difficiles, car «l'enfant ne voulait pas nécessairement que d'autres personnes extérieures de la maison soient au courant de [sa] maladie. Si on devait visiter d'autres familles, ça devenait très difficile de pouvoir le cacher [dans la mesure où] on devrait lui accorder la même attention pour les repas» (C). Pour un des trois parents, «au moment qu'ils vont aller à des fêtes, des rassemblements ou bien des rencontres avec d'autres familles, on laisse l'enfant à la maison, car il faut en parler et on a honte d'amener notre enfant avec nous. C'est le stigma, c'est un tabou très grand. [On dit à l'enfant] tu n'as pas de beaux habits à porter, reste à la maison» (B).

Par ailleurs, un des trois parents a confié que tous ses enfants sont affectés par l'anorexie de leur sœur, alors qu'un autre a précisé que l'impact dépend de l'âge des enfants. Selon B, «on souffre tous d'anxiété. [Mes autres enfants] pensent qu'ils vont être comme leur sœur et ils essaient de manger, des fois plus.» En revanche, A a exprimé qu'«il y a une grande variabilité d'âge chez les enfants dont l'impact peut varier selon que les enfants étaient plus mûrs ou moins matures. Ceux qui sont plus mûrs, ceux qui comprennent mieux ce qui se passe, cela les amène à avoir plus d'empathie, de compassion, d'amour pour [leur sœur] et je pense dans une plus large mesure à pouvoir

compatir aux faiblesses et aux problèmes des autres en général. Il y a toujours lieu d'apprendre et de se développer quand on est face à un défi comme ça, et je crois que ça les a fait être des meilleures personnes, des personnes plus aimantes, plus compréhensives et plus tolérantes vis-à-vis des autres. Pour les plus jeunes, je ne pense pas qu'il y a eu un impact en tant que tel, cela devait être oublié et archivé dans leur mémoire.» (A).

4.7 Accompagnement reçu des professionnels de la santé

Dans le souci de comprendre quelle a été la qualité de l'accompagnement reçu des professionnelles de la santé par les parents immigrants sur la maladie de leur enfant, la question suivante leur a été posée : comment percevez-vous la relation que vous avez eue avec les services de santé pendant la maladie de votre enfant?

Un des trois parents immigrants interviewés a déclaré avoir eu une bonne relation avec l'équipe médicale qui a travaillé dans le processus de guérison de son enfant. Ce dernier a dit : «on est devenu de bons amis pendant ces deux années-là et ils nous ont vraiment beaucoup aidé, beaucoup soutenus avec leur empathie, compassion, sens de l'humour, leur amour et fermeté en même temps vis-à-vis [de ma fille]» (A).

Ensuite, le deuxième parent a mentionné avoir eu une bonne perception au début de la relation avec les professionnels de la santé, mais s'être rendu compte par la suite que ces derniers perdaient rapidement patience face au fait que sa fille ne reprenait pas le poids selon les délais demandés. Ainsi, l'équipe des professionnels voulait «prendre un raccourci» (C), c'est-à-dire prescrire un médicament à sa fille pour faciliter le

processus de reprise de poids santé, ce qui n'a pas été apprécié et accepté par ce parent.

Enfin, le dernier parent rencontré a décrit comme négative la relation avec le professionnel de santé qu'elle a rencontré pour le cas de sa fille au début de sa maladie. Lors de l'entretien, ce parent a déclaré : «au moment où le médecin de famille a senti qu'il y a quelque chose qui n'allait pas bien, il ne me laissait pas être avec ma fille dans le bureau du médecin, ça a créé une tension entre moi et le médecin de famille» (B). L'absence de la mère lors de la consultation de sa fille a développé en elle le sentiment d'être mise à l'écart, car cette dernière n'a pas eu d'information sur la situation de sa fille. De plus, cette mère a décidé de changer de professionnel dans l'espoir de recevoir de meilleurs soins pour sa fille. Elle a ajouté «Ça m'a pris beaucoup, beaucoup, beaucoup de temps pour trouver un médecin noir pour ma fille, mais malheureusement ma fille l'a quitté. Mais, ce n'est pas facile. D'abord, il y a la discrimination, on ne peut pas s'exprimer. Ils pensent qu'on ne sait pas beaucoup de choses, on n'est pas respecté personnellement. Nos enfants ne sont pas bien accompagnés. Ils ne reçoivent pas correctement le soutien médical dont ils ont besoin et une autre chose, on a peur [que le TCA soit découvert par les proches]» (B). De plus, la fille de cette participante n'a pas accepté de recevoir les soins à cause de la peur de la stigmatisation. À ce sujet, elle a ajouté «Le docteur que j'ai trouvé pour ma fille vient du Nigeria, mais ma fille a beaucoup d'amies nigérianes, elle ne voulait pas de ce docteur». Cette peur est un obstacle à l'accessibilité des soins en santé mentale pour de nombreuses personnes dans la communauté immigrante. Au regard de ce qui précède, le tabou n'est pas encore levé dans ces communautés, d'où la nécessité d'une sensibilisation sur cette problématique

et la mise sur pied de stratégies afin de faciliter l'accessibilité aux soins en santé mentale.

4.8 Place de la culture d'origine au sein des familles immigrantes

Comprendre la place qu'occupe la culture au sein de la communauté immigrante faisait partie des objectifs de cette recherche. De ce fait, il a été demandé aux participants de parler de l'importance qu'ils accordent à la culture au sein de leur famille et si, de leur point de vue, cela doit être pris en considération par les professionnels de la santé dans leur façon d'intervenir.

La culture d'origine a une place importante au sein des familles de deux des trois parents rencontrés. Selon eux, elle doit être impérativement prise en compte lors de leurs échanges avec l'ensemble des professionnels de la santé. L'un des parents a déclaré : «Tu ne peux pas dissocier un être humain de sa culture. Et pour pouvoir mieux l'aider, je pense qu'il faut entrer dans le contexte culturel pour le comprendre. Essayer de penser comment la personne pense selon sa culture, et de voir comment la personne voit selon sa culture. Cela permet d'être plus efficace. Car on ne peut pas nécessairement penser que nous sommes au Canada et juste transporter les choses pour les appliquer à telle personne sans tenir compte de la culture, pour moi on ne peut obtenir le résultat espéré ou le succès escompté» (C). Un autre participant a ajouté : «La famille noire n'est pas le mari et l'épouse, époux et l'épouse, non il y a la tante, la belle-mère, le beau-père, les sœurs, les frères, les cousins, des oncles. C'est une très grande famille et tu ne peux pas faire beaucoup de choses comme moi une femme noire africaine musulmane, la culture est très forte parce qu'il faut que je reste après l'idée de mon mari, parce que c'est lui le

leader de la maison et ça c'est une autre difficulté. Tu ne peux pas aller loin s'il n'y a pas de bons médecins.» (B).

Cependant, le troisième parent immigrant rencontré respecte sa culture d'origine, mais ne la met pas nécessairement en avant au sein de sa famille, comme il l'a affirmé : «ma culture d'origine, pour être honnête, je ne mets pas beaucoup d'emphasis là-dessus dans ma famille pour une raison relativement personnelle. Aussi pour moi, à Rome, je fais comme les Romains et c'est ça ma philosophie. Si je suis en Russie, je deviens Russe. Si je suis aux États-Unis, je deviens Américain. Si je suis au Canada, je deviens Canadien. Cela étant dit, on vient de quelque part; c'est un mélange entre ma culture d'origine qui sont mes réflexes naturels et en même temps mon désir d'assimilation dans la culture de la société, la culture d'accueil» (A).

De plus, ce parent désirait accompagner ses enfants à «développer un sentiment d'appartenance au Canada à 100 %, mais en ayant [leurs] racines» (A). Même si ce parent a indiqué ne pas avoir ressenti le besoin ou le désir de recevoir des soins adaptés à sa culture d'origine, il pense que cela aurait dû être offert s'il avait demandé à son équipe médicale d'être sensible à sa culture pendant le processus de guérison de sa fille malade.

4.9 Moyens mis en œuvre pour faire face au TCA

Lors de l'analyse du contenu obtenu au terme des entretiens avec les parents immigrants, plusieurs stratégies mises en œuvre par les participants sont ressorties telles que l'utilisation des conseils et du soutien offerts par les réseaux sociaux, la religion, la consultation de récits d'expériences et de vidéos de parents ayant eux des enfants

atteints d'anorexie, la pratique d'activités physiques (soccer et danse) et enfin la mise en pratique de conseils d'experts pendant le processus de traitement. Les parents ont déclaré :

«Beaucoup de lecture, voir ou écouter des vidéos des familles qui sont passées par là, qui ont vécu les mêmes choses pour pouvoir avoir des idées comment ils sont passés à travers, ce sont des choses qui ont été mise en place pour pouvoir faire face à la situation et puis les conseils des experts» (C).

«J'ai dû demander des suggestions pour varier l'alimentation (surtout pour ma fille) à mes proches qui m'ont volontiers donné leurs idées que j'ai pu utiliser» (A)

«C'est ma passion, je joue dans une équipe de soccer, donc c'est un groupe d'amis. Nous sommes très intégrés ensemble les uns avec les autres. En dehors de cela, mes autres interactions sociales, je pratique aussi la danse». (A)

4.10 : À retenir

À l'aide des résultats obtenus lors de notre analyse de contenu, il est possible de répondre aux différents objectifs de cette recherche. Premièrement, il a été constaté que les parents immigrants jouent un rôle central dans le traitement de leur enfant atteint d'anorexie. Les participants à la recherche ont été obligés de procéder à des changements dans leur vie personnelle, familiale et professionnelle pour veiller sur leur enfant malade, tout en suivant les recommandations des professionnels de la santé afin que leur enfant puisse retrouver un poids santé. Ces participants soulignent avoir vécu une période d'épuisement, de stress et d'anxiété à cause de la maladie de leur enfant.

De ce fait, il n'est pas facile pour eux d'être le donneur de soin principal alors qu'ils se trouvent dans une situation où *leur* santé physique et psychologique est détériorée.

De plus, ces parents ont reçu un soutien minimum de la part de leur proche à cause de l'incompréhension des TCA au sein de leur communauté. Selon les participants, la méconnaissance des TCA dans la communauté immigrante explique les critiques venant de leur part et crée un stigma qui empêche les parents immigrants à aller chercher du réconfort auprès des membres de leur communauté. Les parents ne sont pas les seuls à vivre ce stigma, les enfants le vivent également, et c'est pour cette raison que certains enfants ne veulent pas que leurs parents parlent de leur maladie avec leur entourage.

Deuxièmement, les participants ont énuméré plusieurs stratégies personnelles qui leur ont permis de faire face à la situation. Les participants à cette recherche n'ont pas utilisé les mêmes stratégies de coping hormis le fait de consulter les documents et les vidéos sur les TCA en général et l'anorexie en particulier. Cependant, certains participants ont évoqué l'absence de ressources en français sur le sujet, ce qui, selon eux, limite l'accès à l'information pour les francophones.

Enfin, les participants ont abordé la question de la qualité de la relation qu'ils ont entretenue avec les services de santé et le style d'accompagnement qu'ils ont reçu. En général, les participants n'étaient pas satisfaits des services reçus par les professionnels et ont déploré l'absence d'une approche culturellement adaptée par les professionnels de la santé lorsqu'ils interviennent auprès d'enfants et de familles issues de l'immigration.

Au regard de ce qui précède dans ce chapitre, tous les éléments obtenus au cours des trois entretiens permettent d'affirmer que les parents immigrants dont un enfant est

atteint de TCA vivent les mêmes réalités que les parents des autres communautés. Néanmoins, il est possible de rendre leur vécu moins pénible en sensibilisant cette communauté sur les TCA afin de réduire le stigma. De plus, l'utilisation par les professionnels de la santé d'une approche culturellement adaptée lors des interventions avec les communautés immigrantes pourrait améliorer la qualité de la relation et faciliter les échanges tout au long du processus de guérison.

Chapitre V : DISCUSSION

Ce dernier chapitre présente les liens existants entre les résultats obtenus dans le chapitre précédent et la revue de la littérature qui a permis de documenter la problématique de ce mémoire. Autrement dit, cette section permet d'analyser et d'interpréter les résultats de cette recherche en regard des études réalisées dans le passé. Rappelons que la question de recherche qui a permis d'entreprendre ce travail était : Quelle est l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint de troubles du comportement alimentaire?

Dans un premier temps, nous allons exposer les convergences et les divergences entre la réalité des parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA et la littérature scientifique répertoriée au premier chapitre. Par la suite, nous aborderons la maladie mentale dans les communautés immigrantes en faisant référence à notre cadre conceptuel, c'est-à-dire l'approche transculturelle. Enfin, dans le souci d'améliorer le quotidien des parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA, nous présenterons des

recommandations et des pistes de solutions tirées des propos des parents et de notre analyse.

5.1 Réalités des parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA : convergence et divergence avec la littérature

L'analyse des résultats de notre étude se base sur les propos de trois parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA, ce qui ne peut être représentatif de la population immigrante au Canada vu l'échantillonnage réduit.

Avant que le diagnostic de TCA ne soit posé, les parents immigrants qui ont participé à cette recherche disent avoir remarqué des changements au niveau du comportement de leurs enfants. Au départ, ils n'avaient pas d'inquiétude, mais au fil du temps, la situation a commencé à être problématique. Néanmoins, en aucun cas ces parents ne se sont doutés que leur enfant souffrait d'une maladie mentale, plus précisément l'anorexie. Cette observation a également été relevée par Wang et collab. (2019) qui confirment que certains parents vivent avec leur enfant malade sans jamais se rendre compte qu'il est atteint d'un TCA.

Par la suite, comme le remarque Bouteyre (2010), l'annonce du diagnostic de la maladie chez les parents génère beaucoup de stress et d'anxiété, et affecte plusieurs domaines de la vie, ce qui nécessite d'énormes changements et ajustements. En plus du stress et de l'anxiété, les parents immigrants que nous avons interviewés disent avoir vécu des moments d'épuisement, car ils étaient le proche aidant de leur enfant atteint d'anorexie en plus de devoir répondre aux besoins des autres membres de la famille.

Ces derniers ont consacré assez de temps et d'énergie à suivre les consignes données par les professionnelles dans le souci de voir leur enfant trouver la guérison.

L'intégration des parents au processus de guérison rejoint les propos de Fortier et Harvey (2017) qui recommandent l'implication des parents dans le processus de guérison des enfants adolescents, malgré que cela soit difficile pour ces derniers. Néanmoins, une participante a souligné qu'elle n'a pas été impliquée dans la prise en charge de sa fille malade, car les professionnels lui ont interdit l'accès aux consultations de sa fille âgée de 16 ans, en lui mentionnant qu'elle devait avoir l'autorisation de cette dernière pour assister aux rencontres. Ce parent déplore cette situation, car n'ayant pas d'accès à l'information exacte sur l'état de santé de sa fille, elle n'a pas pu s'impliquer dans son plan de traitement et cette dernière n'a finalement jamais voulu suivre les recommandations de l'équipe soignante pour son TCA. Étant donné qu'elle n'avait pas été impliquée dans la démarche, cette mère s'est sentie bien peu outillée pour essayer de convaincre sa fille. Cette situation soulève le problème du refus d'un enfant à recevoir des soins et l'impuissance du parent face à cette situation. Au Québec, un mineur de quatorze ans ou plus peut consentir ou non à recevoir un traitement médical. Il peut aussi décider de participer à une recherche à caractère non médical sans le consentement de ses parents (Chappuy, 2007). Cette disposition plonge les parents dans le désespoir et l'impuissance, d'où la nécessité d'être attentif aux préoccupations des parents immigrants, qui, pour la plupart, n'ont pas été familiarisés avec cette réalité dans leur pays d'origine, comme c'est le cas pour notre participante.

Par ailleurs, les parents immigrants qui ont participé à notre recherche font le même constat que Winn et collab. (2004) ainsi que Whitney et collab. (2005) sur le fait

de ne pas avoir une bonne compréhension du TCA de leur enfant. Ces parents ont dit avoir été incapables de comprendre ce qui se passait. Ainsi, ils se questionnaient énormément sur la situation de leur enfant. Les parents qui sont passés par le processus de guérison de leur enfant disent avoir mieux compris la maladie grâce aux explications reçues de la part des professionnels de la santé et aux ressources recommandées. Cependant, un des parents dont la première langue est le français déplore le manque de ressources sur l'anorexie disponibles en français et l'absence d'une équipe médicale bilingue. Selon elle, ce manquement rend difficile le processus de guérison pour les personnes qui sont incapables de s'exprimer en anglais. Ce sujet n'a pas été nécessairement abordé dans mon chapitre de résultats parce qu'il n'était pas directement lié à nos questions de recherche. Cependant, il nous paraît intéressant de le mentionner ici. Ce constat nous amène à proposer des pistes de solution sachant que lorsqu'il s'agit de soins de santé, «il est capital de pouvoir exprimer en sa propre langue ses craintes, ses besoins, ses symptômes et son état mental aux professionnels qui comprennent sa langue. Les liens entre langue, culture et santé touchent particulièrement (...) les nouvelles immigrantes» (Vaillancourt et Lacaze-Masmonteil, 2009, p.71). D'ailleurs, la *Loi sur les services en français*, adoptée en 1986, stipule que «Les services en français ne se limitent pas à la correspondance, aux communications téléphoniques et à la traduction. Les besoins de la population francophone sont pris en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes, des politiques et des procédures. De plus, les services reçus en français doivent être équivalents à ceux offerts en anglais, offerts simultanément et de même qualité.» (Ministère de la Santé/Ministère des Soins de longue durée, 2021).

Lors de nos échanges, les participants ont témoigné vivre avec l'inquiétude que leur fille puisse ne pas guérir. De plus, un parent a exprimé que des professionnels de la santé l'ont informé que les enfants atteints d'anorexie peuvent récidiver. Cette remarque confirme les observations faites par Honey et Halse (2006) sur l'inquiétude des parents face au TCA de leur enfant et leur pessimisme face à son rétablissement.

Dans la même perspective, les participants à la recherche ont révélé avoir fait des changements à leur routine familiale afin de prendre soin de leur fille souffrant d'anorexie. Selon eux, la dynamique familiale au complet a été bouleversée. Cependant, aucun parent n'a souligné l'influence des TCA sur leur vie de couple. Leur attention était tournée vers les répercussions de la maladie sur eux et sur les autres enfants, et non sur leur partenaire. Sachant que lors de la maladie grave d'un enfant, «[l]es deux parents sont affectés, souvent différemment, chacun a sa façon de vivre sa peine, chacun a ses besoins. Dans de nombreux cas, la mère se consacre à l'enfant malade, le père à la fratrie et au travail. Les moments d'intimité se raréfient et les conflits peuvent être envahissants et complexes.» (Van Pevenage et Lambotte, 2016, p.8). Nos participants n'ont pas abordé leur relation conjugale pendant les rencontres, mais nous pensons que la maladie de leur enfant a affecté cette sphère de leur vie, au regard l'ampleur des changements effectués dans la famille et l'épuisement ressenti.

De plus, ces parents n'avaient pas de personnes atteintes de cette maladie dans leur entourage. Ceci explique en partie leur méconnaissance et incompréhension du TCA de leur enfant. Cette remarque rejoint celle de De Montgrémier et collab. (2017) qui affirment que les parents immigrants n'ont pas nécessairement été familiarisés avec les TCA dans leur pays d'origine. Aussi, le faible nombre d'études effectuées auprès des

immigrants sur la problématique du TCA empêche une sensibilisation de cette pathologie auprès de cette communauté. Ce manque d'informations influence grandement le soutien que les parents peuvent recevoir de leur entourage.

5.2 La maladie mentale dans les communautés immigrantes : l'approche transculturelle

Nous avons constaté que deux des trois participants n'ont pas été satisfaits du service offert par les professionnels de la santé. Selon eux, cette insatisfaction découle principalement du fait que leur culture n'a pas été prise en compte lors des différentes interventions mises en place ainsi que de la perception de la maladie mentale au sein de la communauté immigrante.

Plusieurs immigrants accordent une importance aux facteurs surnaturels et spirituels comme cause de la maladie mentale. Toutefois, ce n'est pas le cas pour nos participants, probablement en raison de leur niveau d'étude et de leur statut socioéconomique. Ceci corrobore les observations faites par Lévesque et Rocque : «malgré la place importante accordée aux représentations en lien avec des facteurs surnaturels et spirituels chez plusieurs populations africaines, des différences individuelles existent au niveau des causes et des approches thérapeutiques auxquelles adhèrent les Africains, en fonction des facteurs tels que leur niveau d'éducation et leur statut socioéconomique» (2015, p.71). Bien que nos participants réfutent l'idée des causes surnaturelles en santé mentale, l'accès aux soins demeure problématique à cause du stigma et des préjugés. Les parents immigrants qui ont participé à cette étude et leurs enfants préfèrent garder le silence à cause des préjugés qui entourent le TCA

dans leur communauté. Selon Goel et Collab., «[c]e silence [est] dû à la crainte des parents que, si les membres de la communauté [découvrent] que leurs enfants [ont] un problème de santé mentale, leurs familles [sont] honteuses, jugées et socialement ostracisées. Cette peur de la stigmatisation sociale semble maintenir une culture du silence autour de la santé mentale et constitue donc un obstacle important à la recherche de traitement.» (2022). Effectivement, la fille atteinte de TCA d'une de nos participantes refuse de recevoir des soins à cause de cette peur de la stigmatisation. Nos résultats correspondent aux constats de Goel et collab. (2022) qui affirment que la mauvaise perception de la maladie mentale et de son traitement dans la communauté culturelle est une barrière à l'accessibilité des soins de santé.

Hormis la peur de la stigmatisation, chacune des expériences de nos participants laisse voir un manquement dans la relation avec les professionnels de santé. Une participante aurait voulu que les professionnels utilisent une approche culturelle, l'autre parle du manque de professionnels issus de la communauté immigrante et la dernière participante souligne la méconnaissance de sa culture par les professionnels. La nécessité de prendre en compte l'aspect culturel lors des interventions est confirmée par l'opinion de Moro, car cette dernière souligne qu'il est primordial pour un intervenant de prendre en considération la langue, la culture ou la religion lors des interventions afin de mieux répondre à son besoin (Moro, 2015). La prise en compte des phénomènes matériels et idéologiques propres à un groupe, comme celui des communautés immigrantes, influence le style d'accompagnement en favorisant l'acceptation et l'accessibilité aux services en santé mentale pour cette communauté.

En somme, après l'analyse des propos de nos différents participants, nous estimons que l'utilisation de l'approche transculturelle lors des interventions contribuerait à améliorer la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé ainsi que des services offerts en santé mentale. La prise en compte de la culture des patients aide à une «une bonne compréhension de l'univers du concept client parapluie qui englobe les perceptions, les valeurs culturelles, les attitudes, les croyances, de même que les idiosyncrasies.» (Merveille, 1984, p.143).

5.3 Pistes pour l'intervention et recommandations

Les recommandations présentées dans cette section découlent de nos réflexions tout au long de cette recherche ainsi que des propos et des suggestions énoncés par les trois participants de cette recherche.

Recommandation 1 : L'offre active des services en français

Les participants à notre recherche ont évoqué l'absence d'offres des services et de ressources en français. Précisons ici que nos trois participants sont des résidents d'Ottawa, ce qui justifie la présence des professionnels anglophones lors des interventions. Ainsi, «[d]ans le cas des soins de santé mentale, [les] jeunes sont confrontés à un sérieux problème de communication. Lorsqu'ils s'expriment en français, les professionnels de la santé ne les comprennent pas, ce qui affecte gravement leur capacité à poser un diagnostic et à soigner les patients» (Arsenault et Martel, 2018, p.58). De ce fait, les professionnels de la santé doivent être en mesure de communiquer en

français, afin de permettre aux francophones d'utiliser des mots dont ils maîtrisent bien le sens pour communiquer leurs symptômes. Avoir une communication claire lors des interventions facilite le diagnostic et améliore ainsi l'état de santé du patient. Par ailleurs, les personnes issues de la communauté francophone doivent être en mesure de revendiquer les services dans leur première langue sans être gênées si elles ne sont pas à l'aise de communiquer avec l'intervenant dans leur seconde langue.

Recommandation 2 : Lutte contre la stigmatisation de la santé mentale dans la communauté immigrante

Dans les communautés immigrantes, le tabou et la stigmatisation entourant la santé mentale représentent une barrière à l'accès aux soins de santé et influencent la qualité de l'aide offerte par les proches des personnes malades. Il est nécessaire que les fournisseurs de soins travaillent en collaboration avec des représentants des communautés culturelles afin de lutter contre la stigmatisation et les préjugés autour de la maladie mentale en général et des TCA en particulier. Lors des programmes de sensibilisation, il est important d'accompagner les parents immigrants à reconnaître les signes caractéristiques des problèmes liés à l'alimentation et au poids. Cet apprentissage leur permet d'être vigilants face aux comportements de leurs enfants et d'avoir recours aux services de santé, au besoin. Rappelons qu'il est important que la sensibilisation se fasse aussi auprès des jeunes, afin qu'ils puissent communiquer leurs malaises et symptômes lors des consultations chez les professionnels sans gêne ni réticence. Cette lutte contre la stigmatisation peut favoriser l'acceptation des soins ainsi que l'implication active des parents dans le processus de guérison de leur enfant. Par exemple, des cafés-

rencontres ou foires d'information peuvent être organisés pour les parents. Un module sur la santé mentale en général et le TCA en particulier peut également être incorporé au cursus scolaire pour les jeunes adolescents. Aussi, comme le souligne une des participantes à la recherche, des émissions de télévision dans la langue des immigrants peuvent être réalisées afin de permettre à ces communautés d'acquérir des connaissances en matière de santé mentale.

Recommandation 3 : Nécessité pour les professionnels d'acquérir des compétences culturelles

Les participants à notre recherche ont souligné l'absence de prise en compte de la dimension culturelle par les professionnels qu'ils ont rencontrés. De plus, «[l]'adaptation des soins en contexte migratoire est vitale afin d'éviter des évaluations et des interventions pouvant nuire à la santé mentale des populations immigrantes.» (Ourhou, Habimana et Bergeul, 2022, p.65). De ce fait, nous pensons qu'une formation en approche transculturelle pour les professionnels en santé mentale est nécessaire et primordiale, car elle pourra leur donner des connaissances de base pour intervenir auprès des communautés de diverses cultures sachant que le Canada est un pays multiculturel.

En plus de la formation, les intervenants sociaux doivent être capables de développer certaines habiletés et attitudes telles que l'ouverture d'esprit et la réflexion critique. Ainsi, le professionnel qui est ouvert d'esprit pourra acquérir des connaissances sur la culture du client et intervenir en tenant compte de l'expérience personnelle de ce dernier. De plus, le client pourra le guider et l'aider à mieux comprendre l'environnement et le contexte dans lequel il vit. Par ailleurs, la réflexion critique, ou analyse critique,

permet au professionnel de remettre en question sa pratique et de pouvoir l'ajuster en fonction des individus rencontrés. Il est important de noter que l'intervenant ne devrait pas tenir pour acquis qu'il maîtrise une culture. Dans une même communauté, chaque individu a sa perception de la culture, d'où l'importance de prendre chaque personne dans son intégralité et sa perception de la culture au moment des interventions. En somme, «le thérapeute doit prendre en compte les troubles du comportement alimentaire dans leur contexte culturel, s'intéresser aux valeurs, aux croyances du patient, de sa famille, de son groupe d'appartenance» (de Montgrémier et collab. 2017, p.73).

Recommandation 4 : Intégration d'un professionnel issu des communautés immigrantes dans la formation des équipes d'intervention

La majorité de nos participants déplore le fait de ne pas avoir eu l'occasion de rencontrer un professionnel issu de leur communauté pendant le processus de guérison de leur enfant. Nous pensons que la mise sur place d'une équipe multiculturelle lors des interventions auprès des parents immigrants ayant un enfant atteint de TCA pourra développer un sentiment de réconfort auprès de ces derniers. De ce fait, le parent immigrant pourra se sentir à l'aise et communiquer sur plusieurs aspects de la dynamique familiale dans l'espoir d'être mieux compris et accompagné.

CONCLUSION

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence la réalité vécue par les parents immigrants ayant un enfant atteint du TCA. En effet, après l'annonce du diagnostic de la maladie de leur enfant, les parents réalisent que leurs habitudes de vie changent. Ils doivent faire des arrangements avec leur superviseur au travail, question de modifier leur horaire pour subvenir aux besoins de leur enfant malade. La dynamique familiale change aussi, au profit des ajustements qui peuvent aider l'enfant malade à se rétablir. De même, ils sont dans l'obligation de fournir assez d'effort pour comprendre la maladie dont souffre leur enfant, car elle était méconnue de tous. Étant le proche aidant de leur enfant malade, ils doivent suivre les recommandations des professionnels de la santé pour le rétablissement de leur fille atteinte de TCA, tout en prenant soin des autres enfants. Tous ces changements et difficultés rencontrés génèrent beaucoup de stress, d'anxiété et d'épuisement physique, ce qui détériore leur santé.

Par ailleurs, les participants à notre recherche pensent ne pas avoir reçu suffisamment d'aide de leurs proches et des professionnels de la santé. Concernant les proches, l'aide reçue de leur part était minimale en raison de l'incompréhension des TCA dans la communauté immigrante et du stigma entourant la maladie mentale. Pour ce qui est de l'équipe médicale, ils auraient souhaité recevoir un accompagnement qui prend en compte leur culture. Néanmoins, ces parents ont développé des stratégies qui leur ont permis de faire face à la situation telle que faire des activités sportives, faire des prières et consulter beaucoup de ressources afin de mieux s'informer sur l'anorexie et connaître l'expérience d'autres parents. Ces stratégies leur ont permis de garder un équilibre malgré les moments difficiles.

Au regard des résultats obtenus au cours de cette recherche, nous pensons qu'il sera nécessaire que les chercheurs se penchent sur ce champ de recherche dans la communauté immigrante, vu le manque de données scientifiques sur le sujet. La réalisation d'une étude comprenant un plus grand échantillon permettra de formuler des recommandations qui pourraient améliorer la situation des parents immigrants ayant des enfants atteints de TCA et, de ce fait, favoriser un meilleur soutien pour leurs enfants.

ANNEXES

Annexe A1 : Affiche de recrutement pour réseaux sociaux

Université d'Ottawa | University of Ottawa

L'EXPÉRIENCE DES PARENTS IMMIGRANTS AYANT UN ENFANT ATTEINT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

Votre participation est entièrement volontaire et confidentielle.

Vous êtes invités à participer à la recherche nommée ci-haut, menée par Sylvie Keumoe (candidate à la maîtrise en service social) dans le cadre de son projet de mémoire de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Cette recherche est menée sous la supervision du professeur Sébastien Savard Ph.D. Directeur de l'école de service social de l'Université d'Ottawa

Le but de cette recherche est de comprendre et documenter l'expérience des parents immigrants qui ont et prennent en charge un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire.

Critère d'admissibilité :

1. Être âgé de 18 ans et plus
2. Être un parent immigrant, résidant au Québec ou en Ontario depuis au moins 2 ans
3. Avoir au moins un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire et vivre au quotidien avec ce dernier.

Le recrutement des participants se fera selon le principe du premier arrivé, premier servi.

Participation :

La participation est constituée d'une entrevue individuelle anonyme et confidentielle d'environ 60 minutes, menée par la chercheuse principale et sera enregistrée sur audio.


Compensation : Un montant de 25\$ sera remis à chaque participant en guise de remerciement.

Pour les personnes intéressées, s'il vous plaît me répondre en privé et ne pas taguer les personnes dans les commentaires.

Personne à contacter :

La chercheuse principale : Sylvie Keumoe
Courriel : skeum017@uottawa.ca
Téléphone : 613 769 9958

Faculté des sciences sociales
École de service social
Faculty of Social Sciences
School of Social Work
sciencessociales.uOttawa.ca
socialsciences.uOttawa.ca
120 Université / University
(12002) 12^e étage / 12th floor
Ottawa ON K1N 6N5
Canada

 uOttawa

Annexe A2 : Affiches de recrutement pour les organismes

Université d'Ottawa | University of Ottawa

**L'EXPÉRIENCE DES PARENTS IMMIGRANTS AYANT UN
ENFANT ATTEINT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE (TCA)**

Votre participation est entièrement volontaire et confidentielle

Vous êtes invités à participer à la recherche nommée ci-haut, menée par Sylvie Keumoe (candidate à la maîtrise en service social) dans le cadre de son projet de mémoire de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Cette recherche est menée sous la supervision du professeur Sébastien Savard Ph.D. Directeur de l'école de service social de l'Université d'Ottawa

Le but de cette recherche est de comprendre et documenter l'expérience des parents immigrants qui ont et prennent en charge un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire.

Critère d'admissibilité :

1. Être âgé de 18 ans et plus
2. Être un parent immigrant, résidant au Québec ou en Ontario depuis au moins 2 ans
3. Avoir au moins un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire et vivre au quotidien avec ce dernier.

Le recrutement des participants se fera selon le principe du premier arrivé, premier servi.

Participation :

La participation est constituée d'une entrevue individuelle anonyme et confidentielle d'environ 60 minutes, menée par la chercheuse principale et enregistrée en audio.

Compensation : Un montant de 25\$ sera remis à chaque participant en guise de remerciement.

Personne à contacter :

La chercheuse principale : Sylvie Keumoe

Courriel : skeum017@uottawa.ca

Téléphone : 613 769 9958

Faculté des sciences sociales
École de service social

Faculty of Social Sciences
School of Social Work

sciencessociales.uOttawa.ca

socialsciences.uOttawa.ca

120 Université / University
(12002) 12^e étage / 12th floor
Ottawa ON K1N 6N5
Canada



Annexe B : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet : L'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint du trouble du comportement alimentaire

Chercheuse principale : Sylvie Yolande Keumoe

Étudiante à la maîtrise

École de service sociale

Université d'Ottawa

skeum017@uottawa.ca

Directeur de Mémoire

Sébastien Savard Ph.D.

Directeur de l'École de service social

Université d'Ottawa

Adresse: 120 Université, Bureau/office 12002C (FSS12002C).

Téléphone : 613-562-5800 ext 6811.

Courriel/email : ssavard@uottawa.ca

Invitation à participer :

Je suis invitée à participer à la recherche nommée ci haut menée par Sylvie Yolande Keumoe et supervisée par Sébastien Savard dans le cadre de son projet de mémoire de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa.

But de la recherche :

L'objectif principale est celui de comprendre et documenter l'expérience des parents immigrants qui ont et prennent en charge un enfant atteint du trouble du comportement alimentaire Québec et en Ontario.

Participation :

Votre participation consistera à une entrevue d'environ 60 minutes même par la chercheuse principale. Durant cette entrevue, vous serez invité à raconter votre expérience en lien avec le trouble du comportement alimentaire de votre enfant. Le lieu et l'heure de l'entrevue seront préalablement choisis par vous. Cette entrevue sera enregistrée sous forme audio et retranscrit en texte par la suite tout en gardant l'anonymat des participants.

Risque :

Votre participation à la recherche vous demande de relever des renseignements personnels au sujet de vos expériences. Il est possible que vous puissiez ressentir un inconfort émotionnel lorsque vous parleriez de certains thèmes (par exemple, les moments pénibles que vous avez vécu, l'impuissance récente face à la maladie de votre enfant). Durant l'entrevue, vous pouvez décider de ne pas répondre à une question si vous sentez qu'elle va vous rendre inconfortable et vous causer des préjudices moraux. Par ailleurs, une liste incluant des ressources ou services de soutien dans la région du Québec et l'Ontario vous sera remise.

Bienfaits :

Votre participation à cette recherche sera une occasion pour vous de partager votre expérience subjective et objective en lien avec le trouble du comportement alimentaire de votre enfant. Aussi, elle permettra de faire avancer les connaissances en travail social dans la mesure où elle pourra susciter un questionnement sur les interventions proposées aux parents immigrants ayant un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire et les ressources disponibles.

Confidentialité et anonymat :

La chercheuse principale assure que toutes les informations que vous allez partageriez avec elle resteront confidentielles. Le Directeur de mémoire Sébastien Savard et elles seront les seuls à avoir accès à ces données recueillies lors des entrevues. Des pseudonymes seront attribués aux participants afin d'assurer l'anonymat et les données recueillies pendant l'entrevue seront utilisées exclusivement dans le cadre de cette recherche. Toutes les informations susceptibles de dévoiler votre identité seront enlevées dans le projet.

Conservation des données :

Le magnétophone, les notes écrites, les formulaires de consentements et les transcriptions(verbatim) seront conservées dans un coffre verrouillé au domicile de la chercheuse principale. Les données seront conservées pendant une période de cinq ans après la fin de la collecte des données (début septembre 2022) et détruites par la suite.

Compensation :

Vous allez recevoir une carte cadeau de 25\$ de chez Tim Horton en guise de dédommagement et de remerciement. Cette carte vous sera remise avant les entrevues. Vous pouvez décider de vous

retirer à tout moment du projet sans préavis ni justification. La carte cadeau sera à vous même si vous décidez de vous retirer avant la fin de l'entrevue.

Participation volontaire :

Votre participation à la recherche est faite de façon volontaire et vous avez le droit de vous retirer à tout moment sans qu'aucune question vous soit posée, sans subir de conséquences négatives. Si vous décidez de vous retirer de l'étude a un certain moment certains, les données recueillies jusqu'à cet instant seront conservées ou détruites selon votre volonté.

Acceptation :

Je, _____ (nom de la participante), accepte de participer à cette recherche menée par Sylvie Yolande Keumoe de l'École de service social, de la Faculté de sciences sociales, de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par le professeur Sébastien Savard.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec la chercheure ou sa superviseure.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue

Cumberland, pièce 154, Ottawa, ON, K1N 6N5, (613) 562-5387 ou ethique@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

J'ai lu et je comprends le contenu du formulaire de consentement dans son entièreté.

Signature du participant :

Date :

Annexe C : Guide d'entrevues

GRILLE D'ENTREVUE

Merci d'avoir accepté de participer à la recherche.

Rappel du but de l'entrevue : ma recherche porte sur l'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire au Québec et en Ontario. Le but de cette recherche est de comprendre l'expérience des parents immigrants qui ont et prennent en charge un enfant atteint du trouble du comportement alimentaire. Cette recherche va permettre de documenter l'expérience de ces parents et de pallier le manque de données scientifiques sur les réalités de ces familles.

Durant cette entrevue, nous allons discuter de votre expérience en lien avec le trouble du comportement alimentaire diagnostiqué chez votre enfant. Nous allons aborder trois thèmes (Parcours migratoire, Trouble du comportement alimentaire, culturel et identité).

Lecture et signature du formulaire de concrètement.

Début de l'enregistrement avec l'autorisation du participant.

Question brise-glaces

- ✓ Quand êtes- vous arrivé au Canada ?
- ✓ Quel est votre pays d'origine ?
- ✓ Quelle est votre Profession actuelle et profession antérieur dans le pays d'origine si différente ?
- ✓ Quel âge à votre enfant atteint du trouble du comportement alimentaire?
- ✓ Quelle est la date d'immigration au Canada?
- ✓ Combien d'enfants avez-vous ?

1. Parcours migratoire

Les questions de la section 1.1 du guide d'entrevue va nous permettre d'obtenir des renseignements sur le parcours migratoire de nos participants. Étant donné que nous nous intéressons particulièrement aux personnes issues de l'immigration, l'information recueillie a la session 1.1 va nous permettre d'avoir un aperçu sur l'intégration sociale des participants dans le pays d'accueil et le lien qu'ils ont gardé avec les personnes de leurs pays d'origine.

Sachant que l'intégration sociale génère beaucoup de difficulté pour les personnes immigrantes au Canada, cette donne nous permettra de savoir si le participant rencontre a priori des difficultés qui peuvent déjà dégenrer beaucoup de stress chez eux avant le diagnostic du trouble du comportement alimentaire chez leur enfant.

Concernant les données sur la relation des participants avec leurs familles rester dans le pays d'origine, certains parents issus de l'immigration ayant gardé un très bon lien avec leur famille pensent souvent à demander à leur famille restés au pays de se renseigner et chercher des remèdes traditionnels pour leurs enfants atteints des troubles du comportement alimentaire (De Montgrémie et Collab., 2017).

Ces donnes nous aiderons lors de nos analyses de résultat à faire un lien entre la migration et les troubles du comportement alimentaire

1.1 Pourquoi avez-vous décidé d'immigrer au Canada

- ✓ Comment avec vous trouver votre processus d'immigration?
- ✓ Avez-vous reçu de l'aide de la part de vos proches dans le processus de votre immigration (aide financière ou matériel)?
- ✓ Quelle est la nature de vos relations avec les proches restés dans votre pays d'origine?
- ✓ Décrivez-moi votre intégration sociale (activité, étude, emploi, loisir, climat)?

1.2 Avez-vous un réseau social ?

- ✓ Si oui, décrivez votre relation avec ce réseau social ?
- ✓ Recevez-vous de l'aide de vos proches?

2. Trouble du comportement alimentaire et relation avec services de santé et les proches

2.1 J'aimerais que vous me parliez du trouble de comportement alimentaire de votre enfant. Comment cela a -t-il commencé?

- ✓ Pensez-vous avoir une bonne compréhension du trouble de votre enfant?
- ✓ Décrivez-moi comment vous avez vécu la maladie de votre enfant?
- ✓ Quel a été votre attitude face à la situation?
- ✓ Décrivez votre état de santé physique et psychologique depuis le diagnostic de votre enfant
- ✓ Avez-vous effectué des changements dans votre vie (relation de couple, professionnel et loisir) en raison du trouble du comportement de votre enfant?
- ✓ Quels moyens avez-vous mis en place pour faire face aux difficultés rencontrées?

2.2 A qui avez- vous parlé du trouble du comportement alimentaire? Pourquoi?

✓ Décrivez-moi votre relation avec vos proches pendant le trouble du comportement alimentaire de vos enfants?

✓ Parler moi du soutien reçu de vos proches pendant la maladie de votre enfant?

2.3 Quel est l'influence du trouble du comportement alimentaire sur la dynamique famille?

✓ Selon vous, quels sont les impacts du trouble sur les autres enfants de la famille?

✓ Avez-vous fait des changements sur votre routine familiale depuis le diagnostic?

✓ Avez-vous rencontré des difficultés avec les autres enfants de la famille?

2.4 Quels sont vos besoins en tant que parent d'enfant atteint de trouble du comportement alimentaire?

✓ Décrivez-moi comment vous percevez votre relation avec vos proches et les services de santé pendant la maladie de votre enfant?

✓ Pensez-vous avoir reçu le soutien nécessaire de la part des proches et des services de santé?

3. Culture et identité des parents immigrants

3.1 Pourriez-vous m'en dire plus sur la manière dont le trouble du comportement alimentaire vécu par votre enfant est perçu dans votre pays d'origine ou dans votre culture?

✓ Quel est la place de la culture au sein de la famille?

✓ Selon vous, est-il important de prendre en compte l'aspect culturel de la famille (la race, la

✓ Langue, les valeurs, les coutumes, la religion, etc.) lors des interventions?

✓ Avez-vous l'impression que la dimension culturelle a été considérée lors de vos interventions?

✓ Quelles sont les recommandations que vous pouvez donner aux professionnels de la santé qui travaillent avec les parents immigrant des atteints du trouble du comportement?

Conclusion

Je n'ai plus de question pour vous.

✓ Y-a-t-il des éléments dont vous souhaitez aborder et dont nous n'avons pas discuté pendant l'entrevue?

✓ Comment vous sentez-vous ?

✓ Je vais vous transmettre par courriel une liste des ressources procurant de l'aide au cas où vous seriez dans le besoin.

Merci,

Annexe D : Certificat d'approbation d'éthique

Université d'Ottawa Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche	University of Ottawa Office of Research Ethics and Integrity	
25/04/2022		
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL		
Numéro du dossier / Ethics File Number	S-02-22-7812	
Titre du projet / Project Title	L'expérience des parents immigrants ayant un enfant atteint de trouble du comportement alimentaire au Québec et en Ontario.	
Type de projet / Project Type	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper	
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved	
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	25/04/2022	
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	24/04/2023	
Équipe de recherche / Research Team		
Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Sylvie Yolande KEUMOE	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Sébastien SAVARD	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor
Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments		
550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada		
613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca www.recherche.uottawa.ca/deontologie www.recherche.uottawa.ca/ethics		

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

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**

550, rue Cumberland, pièce 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

BIBLIOGRAPHIE

Abrams, K. K., Allen, L. R., & Gray, J. J. (1993). Disordered eating attitudes and behaviors, psychological adjustment, and ethnic identity: *A comparison of Black and White female college students. International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 49-57.

Adjizian, J.-M., Roult, R., White, B., Auger, D. & Zheng, D. Q. (2021). Le loisir comme facteur d'intégration sociale pour les nouveaux arrivants : étude de cas centrée sur certains arrondissements de Montréal. *Enjeux et société*, 8(1), 220–248. <https://doi.org/10.7202/1076542ar>

Assoun, P. (2004). Le corps saint: Du déni à la jouissance. *Champ psychosomatique*, (33), 11-27. <https://doi.org/10.3917/cpsy.033.0011>

Arsenault, M. & Martel, M. (2018). Un mal intolérable : revendiquer des services en santé mentale pour la jeunesse franco-ontarienne avant la crise de l'Hôpital Montfort. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 55–73. <https://doi.org/10.7202/1043496ar>

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale*, 84(19), 142-5.

Ball, K., & Kenardy, J. (2002). Body weight, body image, and eating behaviours: relationships with ethnicity and acculturation in a community sample of young Australian women. *Eating Behaviors*, 3(3), 205-216.

Béji, K. & Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65(4), 562–583. <https://doi.org/10.7202/045586ar>

Bertrand, A., Bélanger, C. & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149–179. <https://doi.org/10.7202/1005819ar>

Blondin, S., & Meilleur, D. (2016). Expérience d'aidant des proches de personnes atteintes d'un trouble de la conduite alimentaire: recension critique de la littérature. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 87-114.

Bouteyre, É. (2010). La résilience face aux tracas quotidiens vécus par les parents d'enfant malade ou handicapé. *Bulletin de psychologie*, 510, 423-428. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0423>

Brown, JS, Casey, SJ, Bishop, AJ, Prytys, M., Whittinger, N. et Weinman, J. (2011). Comment les femmes noires africaines et blanches britanniques perçoivent la dépression et la recherche d'aide : une étude pilote sur vignette. *Revue internationale de psychiatrie sociale*, 57 (4), 362-374.

Brusset, B. (2004). 95. La boulimie. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1713-1722). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.1713>

Brusset, B. (1997). *La Boulimie*. Paris : Casterman

Bürki, J., & Magistrale, M. (2015). *Le rôle de la diététicienne dans la prise en charge de l'anorexie mentale*.

Caldairou-Bessette, P., Vachon, M., Bélanger-Dumontier, G. & Rousseau, C. (2017). La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. *Recherches qualitatives*, 36(2), 29–51. <https://doi.org/10.7202/1084436ar>

Callahan, S., Rousseau, A., Knotter, A., Bru, V., Danel, M., Cueto, C., ... & Chabrol, H. (2003). Les troubles alimentaires: présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *Encephale*, 29(3), 239-247.

Caseau, B. (2003). Syméon stylite le jeune (521-592): un cas de sainte anorexie?. Kentron. Revue National Collaborating Centre for Mental Health (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.

Casper, RC (1983). Sur l'émergence de la boulimie nerveuse en tant que syndrome, une vue historique. *Journal international des troubles de l'alimentation*, 2 (3), 3-16.

Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, JD, & Alonso, Y. (2003). Névrosisme et faible estime de soi en tant que facteurs de risque de troubles alimentaires incidents dans une étude de cohorte prospective. *Journal international des troubles de l'alimentation*, 33 (3), 271-280.

Chabrol, H. (2013). L'anorexie mentale de l'adolescente. *Développements*, 14, 29-38. <https://doi.org/10.3917/devel.014.0029>

Chappuy, H. (2007). *Etude du consentement en recherche clinique pédiatrique* (Doctoral dissertation, UNIVERSITE PARIS Descartes).

Cheng, H. L., Tran, A. G., Miyake, E. R., & Kim, H. Y. (2017). Disordered eating among Asian American college women: A racially expanded model of objectification theory. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 179.

Claudat, K., White, E. K., & Warren, C. S. (2016). Acculturative stress, self-esteem, and eating pathology in Latina and Asian American female college students. *Journal of clinical psychology*, 72(1), 88-100.

Cotter, E., Kelly, N., Mitchell, K., Mazzeo, S. (2015). An investigation of body appreciation, ethnic identity, and eating disorder symptoms in Black women. *J Black Psycho*, 41, 3 -25.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Coosing among five traditions*. Sage Publications, 14.

Culbert, KM, Burt, SA, McGue, M., Iacono, WG et Klump, KL (2009). La puberté et la diathèse génétique des attitudes et comportements alimentaires désordonnés. *Journal de psychologie anormale*, 118 (4), 788.

Condit, VK (1990). Anorexie mentale. *Nature humaine* 1, 391–413.
<https://doi.org/10.1007/BF02734052>

De Montgrémier, M. V. A., Chen, J., Zhang, F., & Moro, M. R. (2017). Anorexie masculine en Chine: psychopathologie, facteurs culturels et transculturels. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(1), 63-74.

De Montgrémier, M. V. A., Lachal, J., Blanchet-Collet, C., & Moro, M. R. (2017). Anorexie mentale chez une fille de migrants chinois: apports de la psychiatrie transculturelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 65(8), 500-507.

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatric*

Disease and Treatment,12, 1651-1660. pluridisciplinaire du monde antique, (19), 179-203.

Dewambrechies-La Sagna, C. (2006). L'anorexie vraie de la jeune fille. *La Cause freudienne*, 63, 57-70. <https://doi.org/10.3917/lcdd.063.0057>

Doba, K., & Nandrino, J. L. (2010). Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie française*, 55(4), 355-371.A

Doris, E., Shekrladze, I., Javakhishvili, N., Jones, R., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2015). Is cultural change associated with eating disorders? A systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(2), 149-160.

Filaire, E., Rouveix, M., & Bouget, M. (2008). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & Sports*, 23(2), 49-60.

Fortier, M. & Harvey, J. (2017). Intervention psychoéducatrice de groupe pour les parents d'adolescents avec un trouble des conduites alimentaires : alimenté et satisfaction. *Santé mentale au Québec*, 42 (2), 219–228. <https://doi.org/10.7202/1041924ar>

Fuller Torrey, E., Miller, J. (2001). *The Invisible Plague: The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present*. New Brunswick and London: Rutgers University Press,

Gauthier, B. et Bourgeois, I. (2016). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (6e édition).

Goel, N. J., Thomas, B.,; Boutté, R. L., Kaur, B., Mazzeo, S. E.(2022). « Que diront les gens ? » : la stigmatisation liée à la santé mentale en tant qu'obstacle à la recherche d'un traitement pour les troubles de l'alimentation chez les femmes américaines d'origine sud-asiatique. *Journal asiatique américain de psychologie*. DOI : 10.1037/aap0000271

Hepp, U., & Milos, G. (2010). Troubles alimentaires. In *Forum Médical Suisse* (Vol. 10, No. 48, pp. 834-840). EMH Media.

Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 31-47

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394.

Honey, A., & Halse, C. (2006). The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative health research*, 16(5), 611-629.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.

Huon, G. F., & Walton, C. J. (2000). Initiation of dieting among adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 226-230.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34.
<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *Les hospitalisations pour des troubles de l'alimentation chez les jeunes femmes ont bondi de plus de 50 % au cours de la pandémie de COVID-19.* <https://www.cihi.ca/fr/nouvelles/les-hospitalisations-pour-des-troubles-de-l'alimentation-chez-les-jeunes-femmes-ont-bondi#:~:text=Selon%20de%20nouvelles%20donn%C3%A9es%20de,femmes%20%C3%A2g%C3%A9es%20de%2010%20%C3%A0>

Johnston, G. (2003). Dénier du corps et de la féminité. *Kentron. Revue pluridisciplinaire du monde antique*, (19), 137-142.

Kanouté, F. (2007). Intégration sociale et scolaire des familles immigrantes au Québec: Une prise en compte globale des familles. *Informations sociales*, 143, 64-74. <https://doi.org/10.3917/inso.143.0064>

Khalifa, I., & Goldman, R. D. (2019). L'anorexie mentale nécessitant une hospitalisation chez les adolescents. *Canadian Family Physician*, 65(2), 109-111.

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Kouyé, J.-M. & Soulière, M. (2018). Le parcours d'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants francophones à Ottawa : quels effets sur la santé? *Reflets*, 24(1), 127–158. <https://doi.org/10.7202/1051523ar>

Lafortune, G. & Kanouté, F. (2007). Vécu identitaire d'élèves de 1ère et de 2ème génération d'origine haïtienne. *Revue de l'Université de Moncton*, 38(2), 33–71. <https://doi.org/10.7202/038490ar>

Lannegrand-Willems, L. (2017). La construction identitaire à l'adolescence : quelle place pour les émotions? *Les Cahiers Dynamiques*, 71, 60-66.

<https://doi.org/10.3917/lcd.071.0060>

Lecomte, Y., Jama, S. & Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/014800ar>

Levesque, A. & Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice*, 5(1), 69–82. <https://doi.org/10.7202/1077309ar>

Maitre, J. (2001). Anorexies religieuses. Anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65, 1551-1560. <https://doi.org/10.3917/rfp.655.1551>

Marty, L., Vorilhon, P., Vaillant-Roussel, H., Bernard, P., Raineau, C., & Cambon, B. (2011). Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. *Exercer*, 98, 129-135.

Menick, D. M., & Moukouta, C. S. (2016). Quand manger n'est plus manger... Une clinique émergente en Afrique?. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(1), 22-30.

Merveille, J. (1984). Le service social dans des contextes transculturels. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 141-158.

Micheli-Rechtman, V. (2003). L'anorexie, un symptôme contemporain?. *La clinique lacanienne*, (6), 139-144. <https://doi.org/10.3917/cla.006.0139>

Micheli-Rechtman, V. (2007). La douleur d'avoir faim : l'anorexie. *Le Journal des psychologues*, 246, 40-44. <https://doi.org/10.3917/jdp.246.0040>

Ministère de la sante / Ministère des soins de longue durée, (2021). Bureau des services de santé en français ; La *Loi de 1986 sur les services en français* <https://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/flsa.aspx>

Ministère des finances. (2017). Faits saillants du recensement 2016 : Feuille de renseignements. <https://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/census/>

Monthuy-Blanc, J. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Montréal : JFD

Moro, M. R. (2015). La nécessité transculturelle aujourd'hui pour une société «bonne» pour tous. *Le Carnet PSY*, (3), 18-21.

Moscone, A., Leconte, P. & Le Scanff, C. (2015). Rôle du yoga adapté dans le traitement thérapeutique de l'anorexie mentale. *Corps*, 13, 187-195. <https://doi.org/10.3917/corp1.013.0187>

Mustelin, L., Hedman, AM, Thornton, LM, Kuja-Halkola, R., Keski-Rahkonen, A., Cantor-Graae, E., Bulik, CM (2017). Risque de troubles alimentaires dans les populations immigrées. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136 (2), 156-165. doi : <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12750>

Norris, S.(2018). *La santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Bibliothèque du Parlement= Library of Parliament.

Odell, SM, Surtees, PG, Wainwright, NWJ, Commandant, MJ, & Sashidharan, SP (1997). Déterminants de la reconnaissance par le médecin généraliste des problèmes psychologiques dans un district sanitaire multiethnique de centre-ville. *Le British Journal of Psychiatry* , 171 (6), 537-541.

Oubachir, A. I. (2013). *Anorexie mentale: prise en charge dans une unité de troubles des conduites alimentaires* (Doctoral dissertation).

Ourhou, A., Habimana, E., & Bergeul, S. (2022). L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire: la perception des immigrants. *Revue québécoise de psychologie*, 43(1), 65-83.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-5e éd.* Armand Colin..

Péladeau, N. & Mercier, C. (1993). Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. *Sociologie et sociétés*, 25(2), 111–124. <https://doi.org/10.7202/001547ar>

Petitpas, J., & Jean, A. (2011). *Comprendre les troubles alimentaires: manuel de l'intervenant*. La Boîte à livres éditions.

Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: Origins of anorexia nervosa. *European neurology*, 52(4), 191-192.

Peuch, M. (2006). Boulimie, hyperphagie, une approche spécifique. *Gestalt*, (31), 87-106. <https://doi.org/10.3917/gest.031.0087>

Plouffe, L. (2020). La recherche sur le transfert des connaissances pour améliorer le dépistage et le traitement des troubles du comportement alimentaire

Poisson, Y. (1983). L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 9(3), 369–378. <https://doi.org/10.7202/900420ar>

Ramoz, N., Clarke, J., & Gorwood, P. (2017). Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires. *Biologie Aujourd'hui*, 211(1), 97-102.

Rodgers, R. Berry, R., Franko, D. (2018). Eating Disorders in Ethnic Minorities: An Update. *Current Psychiatry Reports Rep*, 20, 90. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0938-3>

Røgeberg, K. (1990). Eating disorders and the family. Experiences gathered in a parent support group. *Acta psychiatrica scandinavica. Supplementum*, 361, 50-51.

Rosen, D. et Committee on Adolescence. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126: 1240–53. doi: 10.1542/peds.2010-2821.

Rouphael-Kazour, G. (2006). La Boulimie: conceptions psychopathologiques et approches thérapeutiques. *Annales de Philosophie et des Sciences Humaines*.

Sahi Iyer, D., & Haslam, N. (2003). Body image and eating disturbance among south Asian-American women: The role of racial teasing. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 142-147.

Satia-Abouta, J. (2003). Dietary acculturation: definition, process, assessment, and implications. *Int J Hum Ecol*, 4(1), 71-86.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Dir.): Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données (5e édition). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Simon, Y. (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme*, 21(4), 137-142.

Silverman, JA (1977) Anorexie mentale : perspective historique sur le traitement. Dans Garner DM et Garfinkel PE, Ed., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Guilford Press, New York, 3-10.

Statistique Canada (2021). *L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021006/article/00001-fra.htm>

Statistique Canada. (2020). *La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national*. Récupérer le 28 avril 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020008/article/00001-fra.htm>

Statistiques Canada. (2018). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada*. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.cfm>

Statistiques Canada. (2021). *Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2020*. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2020.html>

Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R., & Suarez, N. C. (2013). Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. *Eating disorders*, 21(5), 395-407.

Tan, J. O., Hope, T., Stewart, A., & Fitzpatrick, R. (2003). Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents. *International journal of law and psychiatry*.

Vaillancourt, C., & Lacaze-Masmonteil, T. (2009). Étude de l'impact de déterminants psycho-socio-environnementaux sur la santé physique et mentale des femmes enceintes vivant dans un contexte linguistique et culturel minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, (28), 71-90.

Valls, M., & Chabrol, H. (2014). Les troubles alimentaires chez les hommes: une revue de la littérature actuelle. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 24(3), 92-97.

Van der Maren, J.-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 129–139. <https://doi.org/10.7202/1085136ar>

van Hoeken, D., Burns, JK et Hoek, HW (2016). Épidémiologie des troubles alimentaires en Afrique. *Opinion actuelle en psychiatrie*, 29 (6), 372-377.

Van Pevenage, C., & Lambotte, I. (2016). La famille face à l'enfant gravement malade: le point de vue du psychologue. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (24).

Vust, S., & Ambresin, A. E. (2015). Sport adolescence et trouble du comportement alimentaire. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 63(3), 32-35.

Wang, C., Do, KA, Frese, K. & Zheng, L. (2019). Perception des parents immigrants asiatiques sur les obstacles empêchant les adolescents de rechercher des services de santé mentale en milieu scolaire. *Santé mentale en milieu scolaire* 11, 364–377. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1007/s12310-018-9285-0>

Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 444-449.

Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 269-279.

Wonderlich, SA, Connolly, KM et Stice, E. (2004). L'impulsivité en tant que facteur de risque de comportement lié aux troubles de l'alimentation : implications de l'évaluation chez les adolescents. *Journal international des troubles de l'alimentation*, 36 (2), 172-182.

Yon, L., Doyen, C., Asch, M., Cook-Darzens, S., & Mouren, M. C. (2009). Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée: recommandations et modalités pratiques. *Archives de pédiatrie*, 16(11), 1491-1498.