

Université de Montréal

L'expérience subjective des mères d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale : Une étude exploratoire

Par  
Marilyne Laverdière

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral présenté en vue de l'obtention du grade de  
Doctorat en psychologie clinique (D. Psy.)

Août 2020

© Marilyne Laverdière, 2020

*Cet essai doctoral intitulé*

**L'expérience subjective des mères d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale : Une étude  
exploratoire**

*Présenté par*

**Marilyne Laverdière**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Mireille Joussemet**

Présidente-rapporteuse

**Dominique Meilleur**

Directrice de recherche

**Serge Lecours**

Membre du jury

## Résumé

L'anorexie mentale (AM) est un trouble de la conduite alimentaire qui constitue un problème majeur au sein des sociétés occidentales (American Psychiatric Association, 2015) où sa gravité paraît négligée, étant donné la valorisation socioculturelle de la minceur chez les femmes (Maor et Cwikel, 2016). Le rétablissement de la personne atteinte sollicite l'implication de toute la famille (Whitney et Eisler, 2005) et entraîne un stress et un fardeau prononcés pour les proches d'une adolescente atteinte d'AM à travers le stigma et les complications associés à la maladie (Anastasiadou et al., 2014; Fox et al., 2017). Quelques études révèlent que les mères sont particulièrement vulnérables aux répercussions du trouble, en considérant des spécificités liées à leurs rôles de mère et de femme (Bezance et Holliday, 2014; Hoskins et Lam, 2001; Tuval-Mashiach et al., 2014). Toutefois, la synthèse des résultats de ces études se voit restreinte par leurs devis de recherche variés et leurs échantillons hétérogènes. Cette présente étude visait donc l'exploration, la description et l'interprétation de l'expérience subjective de mères québécoises en adaptation à l'AM de leur adolescente, en précisant comment elles font sens de leur réalité vécue sur les plans cognitif, affectif, comportemental et social au sein du contexte socioculturel les concernant. En vue d'offrir une compréhension approfondie de l'expérience de ces femmes, une démarche qualitative, avec une analyse phénoménologique interprétative sous un paradigme constructiviste, fut adoptée (Smith et al., 2009). Les résultats dévoilent un rôle central arboré par les participantes auprès de leur fille atteinte d'AM, dans lequel elles témoignent de l'abnégation de soi. Ces mères vivent un fardeau psychoaffectif incluant des préoccupations constantes et des émotions de peur, culpabilité, impuissance, tristesse, colère et solitude. Elles traversent aussi des enjeux notoires de limites individuelles et de frontières interpersonnelles en étroite relation avec leur fille. L'épreuve vécue marque un tournant de vie pour elles à plus long terme, entre autres par une croissance personnelle et des changements saillants dans leur relation mère-fille. Suite à leur expérience, où plusieurs ont manqué de soutien, elles souhaiteraient aider un autre parent concerné par une réalité semblable. Les difficultés et les besoins dégagés chez ces mères orientent vers des services adaptés pouvant leur être bénéfiques.

**Mots-clés** : anorexie mentale, trouble alimentaire, mère, proche, fille, adolescente, expérience, affect, relation, analyse phénoménologique interprétative

## **Abstract**

Anorexia nervosa (AN) is an eating disorder that is a major problem in Western societies (American Psychiatric Association, 2015) where its seriousness seems neglected, given the sociocultural value of thinness among women (Maor & Cwikel, 2016). The recovery of the affected person requires the involvement of the entire family (Whitney & Eisler, 2005) and results in a pronounced stress and burden for the relatives of a teenage girl with AN, through the stigma and complications associated with the disease (Anastasiadou & al., 2014; Fox & al., 2017). A few studies indicate that mothers are particularly vulnerable to the impact of the disorder, taking into account specificities related to their roles as mother and woman (Bezance & Holliday, 2014; Hoskins & Lam, 2001; Tuval-Mashiach & al., 2014). However, the synthesis of the results of these studies is limited by their varied research designs and heterogeneous samples. Therefore, the purpose of this study was to explore, describe and interpret the subjective experience of mothers in adapting to the AN of their teenage girl in Quebec, while specifying how they make sense of their cognitive, affective, behavioural and social reality within the sociocultural context in which they live. In order to provide an in-depth understanding of these women's experience, a qualitative approach, with an interpretative phenomenological analysis under a constructivist paradigm, was adopted (Smith & al., 2009). The results reveal a central role played by the participants near their daughter with AN, in which they experience self-sacrifice. These mothers live a psychoemotional burden including constant preoccupations and emotions of fear, guilt, helplessness, sadness, anger and loneliness. They also live notorious issues of individual and interpersonal boundaries in close relationship with their daughter. The experience marks a turning point for them in the longer term, such as through a personal growth and significant changes in their mother-daughter relationship. Following their experience, where many lacked support, they would like to help another parent who is affected by a similar reality. The difficulties and needs identified by these mothers direct towards adapted services that could be beneficial to them.

**Keywords:** anorexia nervosa, eating disorder, mother, relative, daughter, teenage girl, experience, affect, relationship, interpretative phenomenological analysis

## Table des matières

Page d'identification du jury .....	i
Résumé.....	ii
Abstract .....	iii
Liste des abréviations.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Anorexie mentale .....	1
Proches d'adolescentes souffrant d'AM .....	3
Mères d'adolescentes souffrant d'AM.....	7
Synthèse et limites des études existantes .....	11
Objectifs.....	12
Méthodologie .....	13
Échantillonnage.....	13
Procédures.....	14
Analyses.....	15
Résultats .....	17
Rôle central .....	17
Expérience psychoaffective .....	20
Limites et relation mère-fille .....	26
Retombées.....	31
Discussion.....	33
Résumé des résultats en association avec la littérature théorique et empirique.....	33
Limites de l'étude .....	41
Implications cliniques et directions futures .....	42
Conclusion .....	44
Références.....	45
Annexes.....	53

## **Liste des abréviations**

AM : Anorexie mentale

API : Analyse phénoménologique interprétative

TCA : Troubles de la conduite alimentaire

## Remerciements

Je souhaite d'abord remercier chaleureusement ma directrice de recherche, Dre Dominique Meilleur. Un grand merci à vous, particulièrement pour vos qualités de rigueur, de flexibilité, d'humour, de générosité, 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 de mon parcours doctoral à travers mes efforts de travail effectués. Ce fut un réel privilège pour moi d'avoir été, par vous, si bien chapeauté. Vous êtes indéniablement une femme, une chercheuse et une clinicienne hors-pair qui m'inspirera assurément pour la suite de mon cheminement tant professionnel que personnel.

Par ailleurs, je remercie incontournablelement mes collègues-étudiants au doctorat, notamment Marie-Sarah, Geneviève et Marie-Soleil avec lesquelles j'ai pu précieusement partager une complicité et un soutien uniques. Merci spécialement à mes collègues de laboratoire de recherche : Jade, Catherine, Olivier, Guillaume, Geneviève, Emeline, Dorothée et Amélie. Vous êtes, chacun à votre façon, des personnes d'exception que j'ai eu le beau grand bonheur de côtoyer, de près comme de loin, parmi les joies et les défis qui se sont présentés au cours du doctorat. Merci pour votre belle camaraderie et votre support au sein de cette famille que j'ai ainsi eu l'impression de former avec vous. Je me souviendrai mordicus de tous nos moments d'échange et de rigolade.

Merci aux enseignants et aux superviseurs de stage qui m'ont tant appris, sur différents plans, au cours de mes études. Vous avez été de réels professeurs desquels je retiendrai longtemps plusieurs qualités professionnelles et humaines.

Je remercie aussi singulièrement les participantes de cette étude pour leur discours riche et authentique quant à leur réalité vécue qu'elles ont admirablement accepté de me confier.

Merci aux Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) pour leur soutien financier, ainsi qu'à l'organisme Anorexie et boulimie Québec (ANEB) ayant contribué au recrutement des participantes de cette étude.

Je remercie également les auxiliaires de recherche qui ont patiemment aidé à la transcription des données de l'étude.

Enfin, je tiens à remercier considérablement tous mes proches ayant été souteneurs pour moi pendant mon cursus doctoral. Je souligne, avec distinction, la présence de mon mari, de mon fils et de mes parents. Il n'existe sans doute pas de mots suffisamment rocamboliques pour vous

témoigner la hauteur de la gratitude que j'éprouve à votre égard. Ainsi, merci, du fond du cœur, pour vos petites pirouettes comme pour vos grandes acrobaties m'ayant permis de mener à terme cet accomplissement professionnel, et ainsi faire de mon rêve une réalité. Merci d'avoir mis de l'avant que je suis avant tout une femme humaine, créative et emplie d'aspirations avant d'être une épouse, une mère, une fille, une sœur, une amie et une collègue. Votre soutien inestimable a non pas rendu mon parcours exempt de grands défis, mais garant de réussite, oui.



## **Introduction**

### **Anorexie mentale**

Les troubles de la conduite alimentaire (TCA), incluant l'anorexie mentale (AM), sont des problèmes majeurs au sein des sociétés occidentales où leur prévalence est en augmentation (Beale et al., 2005; Ruiz-Robledillo et al., 2016). Ces troubles sont définis par une perturbation persistante des attitudes et comportements à l'égard de l'alimentation ayant des répercussions considérables sur la santé physique ou sur le fonctionnement psychosocial de l'individu atteint (Gouvernement du Canada, 2011). L'AM inclut spécifiquement une restriction alimentaire menant à un poids corporel significativement faible (critère A), une peur intense de grossir ou un comportement empêchant la prise de poids (critère B), et une altération de la perception du corps, une influence excessive du poids ou de la silhouette sur l'estime de soi, ou une non-reconnaissance de la sévérité de la maigreur atteinte (critère C) (American Psychiatric Association [APA], 2015). Survenant dix fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes (APA, 2015), l'AM apparaît majoritairement au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Le Grange et Loeb, 2007; Pike et Rodin, 1991).

L'étiologie multifactorielle des TCA, dont l'AM, implique des facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et socioculturels (Ma, 2011). Entre autres, selon la perspective socioculturelle, une grande pression est mise sur les femmes des sociétés occidentales pour atteindre, par l'entremise de comportements physiques et alimentaires nocifs, un idéal corporel féminin souvent irréaliste (Maor et Cwikel, 2016). Alors qu'un degré de préoccupation modéré concernant le poids et l'alimentation est ainsi répandu chez les femmes, celles qui développent un TCA, tel que l'AM, se situent à l'extrémité pathologique d'un continuum d'attitudes à l'égard du corps et de l'alimentation (Pike et Rodin, 1991). Toutefois, puisque les habitudes alimentaires restrictives favorisant la minceur semblent tolérées par plusieurs, la gravité de l'AM s'avère insidieuse (Hall et Brown, 1983; Ma, 2011; Maor et Cwikel, 2016). Par ailleurs, les altérations des attitudes alimentaires des jeunes femmes sont souvent camouflées par les changements comportementaux attribués à la « crise » de l'adolescence (Hoskins et Lam, 2001). En effet, cette période se révèle sensible au développement de l'AM alors que l'apparence y prend de l'importance (Owen, 1973). À l'adolescence, des processus intrapsychiques sont aussi proposés en explication à l'AM des jeunes femmes, notamment la peur de grandir et l'évitement du rôle de femme (Hall et Brown, 1983).

L'AM est reconnue comme une psychopathologie associée à des conditions et répercussions physiques et psychologiques sérieuses pouvant menacer la vie des personnes qui en sont atteintes (Tuval-Mashiach et al., 2014). Les conséquences de ce trouble sont nombreuses et comprennent l'ostéoporose, l'anovulation et l'isolement social. L'AM prédispose aussi plus sévèrement à des complications médicales menant parfois au décès par dénutrition, par arythmie cardiaque, par infection ou par suicide. Ce trouble comprend d'ailleurs l'un des plus hauts taux de mortalité parmi tous les désordres psychiatriques (Delage et al., 2014). Des comorbidités psychologiques sont également souvent présentes avec l'AM, telles que l'anxiété, le trouble obsessionnel-compulsif, la dépression et la dysthymie chronique (Beumont et Touyz, 2003). Avec un taux de guérison d'environ 60% chez les adolescentes atteintes (Eisler et al., 2007) et un important taux de rechutes (22-51%) (Keitel et al., 2010), l'AM se révèle tenace et difficile à traiter. En partie, malgré la gravité associée au trouble, les adolescentes avec AM sont souvent ambivalentes à rechercher et à accepter l'aide. Leurs parents sont généralement les personnes qui initient la recherche d'aide pour elles par une consultation médicale, puisque celles-ci tendent à reconnaître difficilement le problème qu'elles ont (Thomson et al., 2014). Cette réticence s'explique entre autres par les gains de nature psychologique et sociale associés à la maladie, soit le sentiment de maîtrise et d'accomplissement dérivé du contrôle de l'alimentation et du poids, et la valorisation sociale provenant des commentaires positifs de l'entourage à l'égard de la perte de poids et de la minceur atteintes (Ma, 2011). Dans ces circonstances, les jeunes femmes concernées par le trouble tendent aussi régulièrement, malgré elles, à abandonner les traitements prématurément (McMaster et al., 2004).

En ce sens, l'implication de la famille dans l'intervention auprès de celles-ci est fortement encouragée (Lock, 2015). Les dernières lignes directrices du National Institute of Clinical Excellence (NICE) recommandent d'ailleurs les interventions familiales pour soigner l'adolescente de son anorexie (Wilson et Shafran, 2005), ce qui implique un engagement significatif des proches et exige du temps et des efforts marqués de la part des parents (Rhind et al., 2016). Il leur est entre autres demandé de superviser étroitement l'alimentation de leur fille, de la soutenir, puis de la guider à travers l'intervention (LaMarre et al., 2015). En dépit de cette implication familiale, les connaissances demeurent limitées face aux impacts possibles de l'AM sur les proches de la personne atteinte (Eisler et al., 2007). En effet, parmi les quelques études empiriques et théoriques s'étant tournées vers les proches d'adolescentes présentant le trouble,

l'attention s'est surtout arrêtée au rôle étiologique, préventif et curatif possible de ceux-ci en regard des TCA en général, en départageant difficilement les résultats liés plus spécifiquement aux répercussions de l'AM sur la famille. Cela dit, certaines études s'étant intéressées aux familles de personnes souffrant de TCA, incluant l'AM, suggèrent que ces troubles semblent à la fois affecter la personne atteinte et les proches qui l'entourent (Anastasiadou et al., 2014; Buser et al., 2016; Graap et al., 2008; Haigh et Treasure, 2003).

### **Proches d'adolescentes souffrant d'AM**

Des auteurs soulignent que les proches se voient particulièrement concernés et impactés par l'AM d'une adolescente. D'une part, des travaux ont permis de dégager que le sentiment de fardeau vécu par les proches de personnes avec AM se révèle plus élevé que celui d'un autre TCA ou d'une autre maladie chronique telle que la schizophrénie (Santonastaso et al., 1997; Treasure et al., 2001). Pareillement, de plus hauts niveaux d'anxiété et de dépression ont été rapportés par les proches de personnes atteintes d'AM comparativement aux proches de personnes souffrant de boulimie et de psychose (Graap et al., 2008; Zabala et al., 2009). D'autre part, l'âge de la personne atteinte paraît influencer l'impact du trouble sur les proches. Notamment, l'étude de Gilbert et al. (2000) souligne que les proches se voient plus affectés par le TCA d'une adolescente (14-22 ans) que par celui d'une adulte (23-40 ans), principalement parce qu'habituellement la première vit avec sa famille qui se voit ainsi plus concernée par le TCA et l'intervention associée (Keitel et al., 2010). Bien que l'implication familiale soit plus accessible dans l'intervention auprès de l'adolescente atteinte d'AM qui demeure sous le même toit que ses proches, il ne s'avère non pas moins ardu pour eux de contrôler ses habitudes alimentaires, tandis que celle-ci devient graduellement indépendante (Gilbert et al., 2000; Maor et Cwikel, 2016). De plus, le peu de consensus observé parmi les professionnels à l'égard des interventions jugées efficaces complexifie le traitement de cette maladie. En effet, l'étiologie multifactorielle de l'AM encourt une variété de traitements contradictoires accentuant le stress vécu par les familles (Sim et al., 2009). En plus du contrôle difficile des symptômes, leur imprévisibilité dans le temps et leurs effets défigurants et incapacitants contribuent à caractériser l'AM (Honey et Halse, 2006). Les complications sérieuses (p. ex. isolement social et arythmie cardiaque) et les comorbidités qui y sont associées (p. ex. troubles anxieux et abus de substance) participent aussi à alourdir l'expérience des proches (Herzog et al., 1999). Par ailleurs, les altérations d'humeur fréquentes

de l'adolescente atteinte d'AM (Martín et al., 2013) et le contrôle personnel sur la maladie pouvant lui être attribué (Fox et Whittlesea, 2017) influencent également le fardeau des proches, qui semblent composer tant avec les bouleversements associés à l'adolescence qu'avec ceux liés à l'AM (Sharkey-Orgero, 1999) à travers la chronicité de la maladie (Graap et al., 2008).

Aux préoccupations vécues s'ajoute la stigmatisation sociale, couramment associée à l'AM, en partie à cause des signes visibles de malnutrition et parce que les familles se sont souvent trouvées blâmées pour la présence du trouble (Martín et al., 2013; Sim et al., 2009). De fait, le système familial a été historiquement reconnu pour exercer une influence marquée sur l'AM (Minuchin et al., 1978; Palazzoli, 1974), soit principalement à travers une dynamique familiale négative (Sim et al., 2009). Considérée comme le principal vecteur de valeurs culturelles, des auteurs ont avancé que la famille peut aussi prédisposer au développement et au maintien d'un TCA en adoptant certaines habitudes, comme les diètes et une pratique sportive excessive (García de Amusquibar et De Simone, 2003). Toutefois, il importe de noter que les modèles conceptuels examinant la famille comme variable contributrice au développement d'un TCA ont été nuancés par plusieurs travaux effectués depuis (Eisler, 2005; Schmidt et Treasure, 2006; Whitney et Eisler, 2005). Ainsi, le dysfonctionnement familial observé chez certaines familles peut être considéré comme une conséquence de l'AM (Fox et Whittlesea, 2017), tout en reconnaissant que ce dysfonctionnement peut prédisposer au développement du trouble et jouer un rôle dans son maintien. Par ailleurs, selon le modèle théorique de la résilience à l'insatisfaction corporelle de Choate (2005), la famille peut favoriser, chez ses membres, le développement d'une perception corporelle positive, d'une satisfaction du rôle sexuel individuel, puis de stratégies d'adaptation efficaces pour gérer les périodes de transition et de stress.

**Expérience de la famille.** Parmi les répercussions constatées chez les proches d'adolescentes avec AM, le stress imposé par la problématique semble altérer l'unité et la dynamique de la famille. Des changements y sont observés au niveau des sous-systèmes qui la composent, ainsi qu'au niveau des interactions et des rôles de chacun (Latzer et al., 2002) qui se voit alors contraint à une nouvelle trajectoire développementale (Cook-Darzens, 2009). Également, les membres de la famille ajustent souvent leurs comportements et leur mode de vie en accommodation à la maladie du proche concerné (Fox et Whittlesea, 2017; Sepulveda et al., 2009). Des tensions relationnelles peuvent donc découler de ces adaptations et contraintes imposées par la maladie (Highet et al., 2005). De fait, un climat général de conflit est

fréquemment noté dans la famille, surtout aux moments des repas où les habitudes alimentaires sont généralement compliquées par le trouble (Whitney et Eisler, 2005). Par conséquent, la qualité de vie, le quotidien et les activités de loisirs des proches se voient affectés (De La Rie et al., 2005). Une perte d'ouverture et de spontanéité est également observée dans les relations entretenues entre les membres de la famille et la personne atteinte (Sibeoni et al., 2017). Par ailleurs, l'AM peut faire émerger des modes d'adaptation spécifiques plus ou moins adéquats chez les proches (Whitney et al., 2005). Plusieurs déclarent surtout ne pas savoir comment composer avec la maladie (Highet et al., 2005). La famille exprime ainsi une variété d'émotions parfois ambivalentes, passant par l'inquiétude, la tristesse, la compassion, la colère et la honte (Buser et al., 2016; Whitney et al., 2005). Malencontreusement, ces réactions émotionnelles des proches, causées par l'adversité de l'AM, peuvent participer au maintien ou à l'aggravation de la maladie (Kyriacou et al., 2008b; Fox et Whittlesea, 2017).

En contrepartie, il semble y avoir des aspects positifs à prendre soin d'une personne avec un TCA (Haigh et Treasure, 2003). L'étude de Cook-Darzens (2009) rapporte entre autres que l'AM peut favoriser un rapprochement familial entre les proches, une meilleure communication et un fonctionnement fraternel plus favorable qu'avant l'arrivée du trouble.

Cela étant, l'ajustement des proches dans leur expérience à l'égard de l'AM d'une jeune femme varie selon leurs différentes perceptions quant au fardeau imposé par la maladie, et ces réactions divergentes entre les membres de la famille face à l'épreuve s'ajoutent à leurs difficultés vécues (Papathomas et al., 2015; Svensson et al., 2013). L'adaptation des proches en regard de l'AM d'une adolescente paraît ainsi s'inscrire dans le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984). Celui-ci stipule que les conséquences vécues en période de stress dérivent effectivement d'abord de l'évaluation cognitive effectuée de la problématique, ensuite des stratégies d'adaptation employées pour y faire face, soit des efforts cognitifs et comportementaux exercés pour contrôler, endurer ou diminuer les demandes engendrées par la situation. Plus spécifiquement, la théorie d'Honey et Halse (2005), qui explique la façon dont les parents répondent à l'AM de leur fille, met en lumière trois types d'activités dans lesquelles ceux-ci s'engagent : les activités dirigées vers leur fille malade où ils cherchent à améliorer sa condition, les activités parallèles associées aux demandes engendrées par la maladie telles que la recherche de soutien et d'information, puis les stratégies de fondation visant à faciliter les deux premiers types d'activités par l'amélioration des capacités parentales.

**Expérience des parents.** Dans l'exercice de ces activités, des parents semblent vivre une isolation sociale importante (Hillege et al., 2006). Craignant le stigma rattaché à l'AM, plusieurs sont réticents à en parler à leurs amis comme à leur famille élargie (Delbaere-Blervacque et al., 2009). Entretenir des relations sociales leur paraît donc difficile, la complexité des situations impliquant la nourriture amenant même certains à refuser les invitations (Highet et al., 2005). Les commentaires des autres sont également souvent perçus comme plus dérangeants que soutenant (Hillege et al., 2006). Ajouté à l'isolement social vécu, des parents se sentent distants des professionnels de la santé (Tierney, 2005). Bien que d'abord soulagés d'accéder aux services de soins, plusieurs les considèrent peu aidants par la suite (McMaster et al., 2004). Alors que la majorité des parents participant à l'étude de Cottee-Lane et al. (2004) rapportent des relations positives avec les professionnels, d'autres les décrivent plutôt négativement, percevant un manque de compréhension et de compassion de leur part (Highet et al., 2005). Incompris, plusieurs parents de l'étude de McMaster et al. (2004) se sentent exclus des services, l'un d'eux précisant qu'« un mur de silence impossible à traverser » les sépare des professionnels. En outre, ce n'est guère au sein de leur couple que les parents semblent trouver réconfort, une adversité étant souvent rapportée dans la relation maritale (Espina et al., 2003). Les désaccords face à la prise en charge de l'AM de leur fille créent des conflits entre les parents qui peuvent ainsi se sentir inadéquats dans leurs rôles parental et conjugal (McCormack et McCann, 2015). Dans ce contexte, plusieurs espèrent trouver du soutien auprès d'autres parents vivant une expérience semblable à la leur (Delbaere-Blervacque et al., 2009).

En plus de rechercher un support émotionnel, les parents expriment un besoin d'information important. Ils souhaiteraient être mieux renseignés à propos de la maladie, de son traitement, de son pronostic et des stratégies pour y faire face (Graap et al., 2008; Haigh et Treasure, 2003). De fait, des parents semblent manquer de constance et de cohérence dans leurs stratégies d'adaptation à l'AM de leur enfant, étant donné leur compréhension parfois nébuleuse du trouble et de l'intervention associée (Honey et Halse, 2005). Cette confusion incite également plusieurs parents à porter le blâme pour la maladie de leur jeune (Cohn, 2005) en questionnant des aspects de leur parentage qu'ils auraient pu faire différemment (Whitney et al., 2005). Ils se sentent également fréquemment coupables de négliger leurs enfants sains pour lesquels ils se montrent moins disponibles physiquement et psychiquement, tournant naturellement leur attention vers leur adolescente atteinte d'AM (Garley et Johnson, 1994). L'impression d'être

parfois tenus responsables par la communauté pour la maladie de leur enfant leur ajoute par ailleurs des sentiments de honte et d'humiliation (Highet et al., 2005). Plus spécifiquement, le manque de compréhension des autres semble causer de la confusion chez les pères et de la frustration chez les mères. Des parents décrivent aussi vivre des sentiments de tristesse et d'échec. Bien que certains parents expriment de l'espoir, surtout les pères, plusieurs se sentent impuissants face à la maladie (Whitney et al., 2005). Des parents expriment être tout simplement incapables d'y faire face (Hillege et al., 2006) en rapportant se sentir découragés et apeurés (Beale et al., 2005), puis manipulés et contrôlés par l'AM (Whitney et al., 2005).

En plus des inquiétudes liées à la santé de leur fille atteinte (Svensson et la., 2013), des parents s'inquiètent pour le cours de leur propre vie, voyant leurs expériences et opportunités réduites et percevant leur santé, tant physique que mentale, affectée (Highet et al., 2005; Whitney et al., 2005). En effet, les travaux de Kyriacou et al. en 2008 rapportent des niveaux d'anxiété et de dépression cliniquement significatifs chez des parents de filles souffrant d'AM, avec des niveaux particulièrement élevés chez les mères. Cette détresse importante s'explique, en partie, par l'impression que leur fille demeure dépendante d'eux (Haigh et Treasure, 2003). En plus de compliquer leur planification de l'avenir, cette dépendance occasionne aux parents un fardeau financier associé aux coûts d'assurance, d'hospitalisation et de thérapie commandés par la maladie (Hillege et al., 2006; Whitney et al., 2005).

### **Mères d'adolescentes souffrant d'AM**

Des auteurs tels que Tuval-Mashiach et al. (2014) suggèrent que les différents rôles et fonctions remplis par les mères et les pères les amènent à vivre différemment l'AM de leur fille, en considérant entre autres l'impact de la construction socioculturelle unique du maternage sur l'expérience des mères. En ce sens, le fardeau vécu se révèle plus élevé chez les mères que chez les pères d'adolescentes atteintes d'AM (Martín et al., 2013; Rhind et al., 2016). Certains aspects contextuels, spécifiques aux mères, sont avancés pour expliquer cette différence.

**Femmes et figures de soins.** D'abord, dans les sociétés occidentales, les mères sont reconnues comme principales figures de soins (Bezance et Holliday, 2014) et sont culturellement tenues responsables de la santé, du bien-être et des difficultés développementales et psychologiques de leur enfant, incluant l'AM (Tuval-Mashiach et al., 2014). Cela étant, les mères

espéreraient retirer une satisfaction importante de leur rôle de parentage comparativement aux pères (Martín et al., 2013).

Également, des études portant sur la santé mentale rapportent que les femmes sont plus affligées par leur rôle d'aidant que les hommes, en étant subjectivement submergées par leurs réponses émotionnelles en adaptation à la maladie de leur enfant (Kyriacou et al., 2008b; Whitney et al., 2005). Plus optimistes que les mères, les pères auraient plutôt tendance à adopter des stratégies d'adaptation rationnelles et à se distancier de la problématique, en se distrayant et en investissant davantage leur vie professionnelle pour réduire leurs préoccupations face au trouble (Ma, 2011; Whitney et al., 2005).

**Relation mère-fille.** Ensuite, plusieurs auteurs ont auparavant souligné l'importance de la relation mère-fille dans la genèse de l'AM (García de Amusquibar et De Simone, 2003; Pike et Rodin, 1991). Ainsi, une expérience difficile ou inachevée de séparation de la mère, soit physique ou psychologique, fut proposée parmi les facteurs étiologiques de ce trouble chez les adolescentes (Beattie, 1988). Des conflits vécus par la jeune fille quant à sa formation identitaire et au développement de son autonomie, freinés par des difficultés interpersonnelles au sein d'une relation dépendante et hostile avec la mère, s'avèreraient particulièrement centraux à l'origine du développement de l'AM chez celle-ci (Beattie, 1988; Bers et al., 2013).

Ces propositions s'accordent avec celles de García de Amusquibar et De Simone (2003) qui décrivent une relation altérée entre la mère et l'adolescente souffrant d'AM, de même qu'entre la mère et celle de sa famille d'origine. Les résultats de leur étude paraissent abonder dans le même sens que ceux d'autres auteurs, alors que des enjeux maternels de surprotection (Hall et Brown, 1983) et de faible abnégation furent retrouvés au sein de la dyade mère-fille. La mère, reconnaissant difficilement la perspective et les besoins de sa fille, répondrait davantage à ses propres pensées, émotions et besoins (Bachar et al., 2008; Bruch, 1973; Palazzoli, 1974). Par conséquent, la fille, n'ayant pas appris à prendre conscience de ses désirs et signaux internes distincts de ceux de sa mère, développerait alors un sentiment d'inefficacité personnelle par son incapacité à répondre adéquatement, entre autres, à ses sensations corporelles difficilement considérées, telles que la faim et la satiété (Palazzoli, 1974).

De son côté, Owen (1973) a suggéré que les mères de personnes atteintes d'AM semblent se sur-identifier à leur fille. Ainsi, par un processus d'identification projective, des comportements maternels surprotecteurs et manipulateurs seraient encouragés par les écarts de la



filles face aux propres espoirs et idéaux de la mère qui vivrait, en partie, les imperfections physiques de sa fille comme une menace à sa propre image corporelle (Beattie, 1988).

Par ailleurs, des études, telles que celle de Lattimore et al. (2000), décrivent un mauvais patron d'interaction entre la mère et la fille souffrant d'AM, avec peu de compromis et de suggestions positives en situation de résolution de problèmes, tandis qu'un patron de communication positif corrélait avec des comportements alimentaires plus sains (Maor et Cwikel, 2016).

Cependant, ces dernières hypothèses demeurent en partie difficiles à vérifier. De plus, plusieurs auteurs s'entendent pour entrevoir les dysfonctions relationnelles mère-fille de même que la détresse maternelle observées comme étant plutôt conséquentes à l'AM de l'adolescente (Pike et Rodin, 1991; Sim et al., 2009). Au cours des vingt dernières années, les études empiriques et théoriques portant sur la relation mère-fille et sur l'image corporelle ont ainsi tourné leur focus vers l'importance du rôle de la mère face aux médias et aux messages sociaux à l'égard de la minceur (McCabe et Ricciardelli, 2005). Selon cette perspective, la mère pourrait s'engager auprès de sa fille dans une fonction de féministe confrontant les idéaux contemporains de beauté, afin de lui servir de modèle à cet effet. Enfin, si tantôt des études mettent l'accent sur le rôle des mères dans le développement de l'AM de leur fille (Hoskins et Lam, 2001), d'autres portent leur attention sur la façon dont la relation mère-fille peut être source d'acceptation corporelle et de résilience face au trouble (Maor et Cwikel, 2016) dont l'étiologie s'avère multifactorielle avec une compréhension complexe au sein d'un large contexte (Ma, 2011).

**Expérience des mères.** Dans ce contexte, les mères paraissent éprouver une plus grande détresse et une plus faible qualité de vie en comparaison à leurs conjoints face à l'AM de leur adolescente (Martín et al., 2013; Rhind et al., 2016). Elles semblent vivre l'arrivée de la maladie comme un traumatisme changeant radicalement leur vie, tel que le décrivent toutes les mères de l'étude de Tuval-Mashiach et al. (2014). Intensément absorbées physiquement et émotionnellement par les soins, certaines mères se disent centrées sur l'AM autour de laquelle elles organisent leur vie (Bezance et Holliday, 2014). En étant consumées par les exigences de l'AM, des mères en viennent à négliger leurs propres besoins. Plusieurs se mettent de côté, revoient leurs priorités et font des sacrifices d'ordre personnel, professionnel et social (Bezance et Holliday, 2014; Keitel et al., 2010). Il s'avère ainsi difficile pour elles de manœuvrer avec les besoins de tout le monde dans la famille (Tuval-Mashiach et al., 2014). De fait, plusieurs mères

se sentent incapables de partager leur fardeau, percevant un manque de support et de compréhension des autres membres de la famille (Highet et al., 2005). Certaines se plaignent du manque d'implication et de soutien de leur conjoint, se sentant seules avec les responsabilités qu'implique l'AM de leur fille (Tuval-Mashiach et al., 2014). En conséquence, des mères rapportent une relation tendue avec les pères, qui eux se sentent négligés par celles-ci qui utilisent la majorité de leur temps pour leur fille malade (Gilbert et al., 2000).

En même temps, la relation mère-fille constitue l'une des principales sources de stress pour les mères (Tuval-Mashiach et al., 2014). Des changements extrêmes, positifs ou négatifs, y sont ainsi rapportés, l'AM pouvant amener à développer une relation de proximité dotée d'une meilleure communication, ou engendrer une relation tendue impliquant une distance tant physique qu'émotionnelle (Gilbert et al., 2000; Tuval-Mashiach et al., 2014). Des 52 mères interrogées dans l'étude de Gilbert et al. (2000), 51,9% rapportent des changements relationnels majeurs avec leur fille, en développant entre autres un ressentiment face à ses comportements de manipulation perçus. La dyade, souvent teintée de désaccords, de blâme et d'affects négatifs, est alors caractérisée par un style d'interaction de confrontation (Lattimore et al., 2000). Par ailleurs, plusieurs mères se sentent distantes des autres membres de leur famille qui s'éloignent et contribuent ainsi à intensifier la dynamique et l'isolement de la dyade (Bezance et Holliday, 2014).

Ce faisant, des mères se tiennent souvent responsables de la distance instaurée avec leurs autres enfants qu'elles sentent qu'elles négligent, puis se montrent troublées et inquiètes qu'ils soient affectés par les répercussions de l'AM (Keitel et al., 2010; Tuval-Mashiach et al., 2014). Ceci semble amener plusieurs mères à douter de leurs compétences maternelles, en internalisant la responsabilité qui leur est socialement assignée face au bien-être de leur famille (Tuval-Mashiach et al., 2014). Se percevant ainsi marginalisées (Hoskins et Lam, 2001), des mères se révèlent aussi distantes de leur entourage (Bezance et Holliday, 2014). Certaines mères se sentent également blâmées par les professionnels de la santé (Tuval-Mashiach et al., 2014) et confuses par leurs directives incohérentes qui leur demandent tantôt de se distancier de leur fille, tantôt de réguler de près ses comportements (Hoskins et Lam, 2001). Cette confusion contribue ainsi au sentiment d'impuissance (Highet et al., 2005) particulièrement marqué chez les mères qui disent souffrir d'une grande solitude dans cette expérience (Bezance et Holliday, 2014). Cela étant, l'isolement et l'épuisement des mères justifient en partie leur susceptibilité aux répercussions de

la maladie. Par ailleurs, l'AM de leur fille consommant une grande partie de leur temps, des mères semblent percevoir leur rôle se lier exclusivement à celui d'aidant (Highet et al., 2005) et ainsi affecter leur sens de soi (Keitel et al., 2010) jusqu'à en perdre leur identité personnelle, tel que le rapportent des mères dans l'étude de Bezance et Holliday (2014). D'autre part, se reconnaissant inhabiles et imparfaites en tant que mères dans leur fonction de soins, certaines font le deuil de l'idéal de maternage visé (Hoskins et Lam, 2001) et expriment un sentiment d'échec ainsi qu'une perte de motivation et de confiance dans leur rôle (Bezance et Holliday, 2014). Pour se délivrer de leurs doutes et trouver réponse à leurs questionnements, des mères tentent d'attribuer une cause (Hoskins et Lam, 2001) et un sens (Tuval-Mashiach et al., 2014) à la maladie. Tristement, les angoisses des mères semblent perdurer au-delà de la résolution de l'AM, refaisant surface en périodes de vie stressantes et lors de querelles avec leur fille (Hoskins et Lam, 2001).

### **Synthèse et limites des études existantes**

Alors qu'il n'est plus à démontrer que le rétablissement des personnes atteintes de TCA sollicite l'accompagnement émotionnel et le support instrumental de tous les membres d'une famille (Whitney et Eisler, 2005), la littérature anglo-saxonne a développé un intérêt grandissant depuis les vingt dernières années pour l'impact de ces troubles sur les proches. Des études de nature quantitative et qualitative ont ainsi dévoilé des répercussions personnelles, familiales et sociales particulièrement prononcées en regard de l'AM d'une adolescente, qui impose fréquemment à la famille un stress et un fardeau importants (Anastasiadou et al., 2014; Blondin et Meilleur, 2016; Delbaere-Blervacque et al., 2009). Ce sont les quelques études qualitatives qui ont toutefois su dégager un point de vue sur la subjectivité des proches quant à leur expérience vécue, en repérant leurs différents besoins de même que certains éléments pouvant expliquer leur détresse (Fox et al., 2017). Cependant, les petits échantillons de ces recherches appellent leur réplication qui s'avérerait pertinente au sein des particularités que proposent divers contextes, tels qu'au Québec. Par ailleurs, les auteurs s'étant intéressés aux parents ont fait ressortir des différences marquées entre l'expérience des pères et des mères, chez lesquelles une plus grande détresse et une implication notable auprès du trouble de leur adolescente sont retrouvées (Kyriacou et al., 2008a, 2008b; Whitney et al., 2005). De fait, étant donné certaines caractéristiques liées à leurs rôles de mère et de femme au sein du contexte socioculturel

occidental, les mères s'avèrent particulièrement vulnérables aux répercussions de la maladie de leur fille (Hoskins et Lam, 2001). En contrepartie, seulement quelques auteurs se sont intéressés spécifiquement à l'expérience des mères, et ce par l'utilisation de différentes méthodologies de recherche (avec devis mixte ou diverses méthodes d'analyses qualitatives) et d'échantillons hétérogènes (incluant tant des diagnostics d'AM que de TCA plus largement, avec un statut du trouble allant d'actif à résolu et une étendue d'âge variable ou imprécisée des personnes atteintes) compliquant la synthèse de l'ensemble des résultats tirés. Pourtant, certains d'entre eux lèvent le voile sur des répercussions psychologiques, affectives, sociales et physiques sérieuses chez les mères concernées (Bezance et Holliday, 2014; Keitel et al., 2010; Tuval-Mashiach et al., 2014). Puisque l'expérience subjective des mères face à l'AM de leur fille demeure négligée, pendant que leur implication est fortement sollicitée dans les interventions auprès de leur jeune atteinte, il apparaît important d'approfondir nos connaissances sur celles-ci. En somme, tandis que la parole se voit plus souvent accordée à l'adolescente présentant les symptômes de l'AM en laissant passer sous silence les conséquences de la maladie sur les mères impliquées (Hoskins et Lam, 2001), il appert que les volets tant positifs que négatifs possibles à court, moyen et long termes de leur adaptation à l'AM de leur fille restent pertinemment à explorer.

## **Objectifs**

Par conséquent, cette étude vise l'exploration, la description et l'interprétation de l'expérience subjective de mères québécoises à travers leur processus d'adaptation à l'AM de leur adolescente. Plus particulièrement, elle cherche à préciser comment ces mères font sens de leur expérience sur les plans cognitif, affectif, comportemental et social. Ensuite, cette recherche souhaite mettre en lumière les facteurs caractérisant l'expérience des mères concernées en intégrant la compréhension de leur expérience au sein du contexte d'influences et de stigmatisation culturelles et sociétales. Pour répondre aux objectifs visés, une démarche de nature qualitative sous une approche phénoménologique, soit une quête systématique de la subjectivité du sujet (Anadón, 2006), est alors employée par la tenue d'entretiens de recherche avec pour question principale d'étude : Comment les mères font sens de leur expérience en adaptation à l'AM de leur adolescente au Québec ? En regard de l'essence exploratoire de cette étude qualitative, aucune hypothèse de recherche n'est formulée. Cette étude s'ancre ainsi dans un paradigme constructiviste en adoptant une épistémologie transactionnelle et intersubjective, où

l'interaction entre le chercheur et le participant s'avère centrale dans la captation de l'expérience vécue du sujet (Ponterotto, 2005). En conformité avec ce paradigme, et en vue d'offrir une compréhension entière et approfondie de l'adaptation des mères d'adolescentes souffrant d'AM, la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (API) (Smith et al., 2009) est appliquée.

## **Méthodologie**

### **Échantillonnage**

Avant sa mise en œuvre, l'entièreté de cette étude fut approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie (CEREP).

En concordance avec l'approche qualitative phénoménologique adoptée par cette étude, les participantes furent recrutées au Québec par des stratégies d'échantillonnage de type boule de neige et intentionnel (Smith et al., 2009) avec comme critères d'inclusion à l'étude : (1) être mère d'une fille présentant ou ayant déjà présenté une problématique d'AM au cours des dix dernières années, (2) alors que la fille devait être âgée entre 12 à 25 ans au moment de l'AM, (3) vivre ou avoir vécu sous le même toit que la fille atteinte au cours de la maladie, et (4) avoir une compréhension et une expression du français suffisantes pour interagir efficacement en situation d'entrevue. Des annonces de recrutement furent émises sur des réseaux sociaux et au sein du département de psychologie de l'Université de Montréal et de l'organisme communautaire Anorexie et boulimie Québec (ANEB), avec son autorisation, qui accueille une clientèle concernée par les TCA. Les mères qui se sont montrées intéressées à participer à cette recherche ont communiqué avec la chercheuse étudiante de l'étude par courriel ou par téléphone, où l'intégralité du projet et les aspects relatifs au consentement à la participation furent expliqués conjointement au formulaire à cet effet, qui leur fut alors transmis électroniquement. Lors de ce premier contact, les critères d'éligibilité furent également vérifiés. Suite à cet échange et après un délai de réflexion suffisant pour les mères, celles qui remplissaient les critères d'inclusion, qui adhéraient aux conditions du projet et qui souhaitaient y participer ont contacté à nouveau la chercheuse étudiante par courriel ou par téléphone. Une rencontre ultérieure d'entretien fut alors planifiée avec elles. Cette étude inclut cinq mères participantes. Ce petit échantillon, avec homogénéité relative, s'avère conforme à celui encouragé par les auteurs de l'API, en vue d'offrir une spécificité sur laquelle reposent les comparaisons du phénomène examiné tout en conservant la qualité de sa singulière complexité (Smith et al., 2009).

Les participantes sont des femmes québécoises d'origine caucasienne âgées de 47 à 55 ans provenant majoritairement de la grande Communauté Métropolitaine de Montréal, puis d'une région de la Côte-Nord du Québec pour l'une d'elles. Elles sont des mères biologiques d'une fille atteinte ou ayant été atteinte d'AM à l'adolescence et avec laquelle elles vivent ou vivaient alors sous le même toit. L'adolescente avec AM était âgée de 12 à 16 ans au début du trouble. La durée de l'AM s'est échelonnée sur une période de 3 à 10 ans selon les situations. Trois de ces mères ont un recul temporel sur la période aiguë de la maladie, étant donné le statut du trouble de leur adolescente considéré comme étant résolu depuis un an et demi à 7 ans, leur fille étant actuellement âgée de 24 à 29 ans. Les deux autres mères ont un plus bref recul sur la phase aiguë de l'AM de leur fille, présentement âgée de 19 et 23 ans, alors que le statut de la maladie est encore actif. Les adolescentes atteintes furent hospitalisées à au moins une reprise pour une durée hospitalière totale d'un à 18 mois. Les adolescentes atteintes font chacune partie d'une fratrie mixte composée de deux à trois enfants, où elles occupent divers rangs (aînée, cadette ou benjamine). Toutes les mères participantes sont en couple, soit avec le père biologique de leur fille pour quatre d'entre elles. Enfin, quatre participantes ont reçu des services psychologiques en lien avec l'AM de leur fille, par des psychologues, travailleurs sociaux et autres intervenants en santé.

Dans la présentation des résultats de l'étude, l'identité des participantes fut masquée par l'emploi de pseudonymes pour les désigner tout en assurant leur confidentialité. De plus, certaines informations personnelles qui auraient pu permettre d'identifier les participantes ont été modifiées ou omises afin de respecter la confidentialité.

## **Procédures**

Pour récolter les récits spontanés de l'expérience des participantes, celles-ci furent rencontrées individuellement en face à face, dans un lieu neutre (dans une pièce fermée de l'Université de Montréal, au milieu de travail d'une participante, ou par visioconférence pour l'une d'elles) et au moment choisis à leur convenance. En début de rencontre, le projet de recherche fut résumé et les critères d'inclusion furent révisés de nouveau, puis les questions des participantes ont été recueillies et répondues avant de collecter, par la signature du formulaire de consentement, leur approbation officielle, libre et éclairée à participer à l'étude. Un entretien de type semi-structuré, d'une durée moyenne de 75 à 120 minutes et enregistré à l'audio seulement,

avec leur consentement, fut ensuite effectué. Après un préambule d'entretien permettant d'établir un contact aisé avec les participantes, le canevas d'entrevue (voir l'Annexe A), fondé sur une revue de la littérature portant sur le sujet de l'étude, comportait d'abord une large question d'ouverture concernant leur expérience perçue d'être mère d'une adolescente souffrant d'AM. Ensuite, des questions explorant des aspects plus spécifiques de l'expérience de la participante lui furent posées de façon flexible, ouverte et pertinente selon le fil de son discours, tout en favorisant une interaction confortable avec celle-ci par un libre ajout de questions, commentaires et reflets précisant et encourageant l'exploration de sa réalité vécue. Les principaux thèmes du canevas d'entretien ont ainsi abordé : le quotidien et la qualité de vie de la mère, ses rôles et occupations, ses relations intra- et extra-familiales incluant plus spécifiquement celle entretenue avec sa fille atteinte d'AM, ses émotions, ses comportements, ses stratégies d'adaptation, puis ses pensées et perceptions reliées entre autres aux services de soins, à l'AM, à sa fille atteinte et à elle-même. En conclusion d'entrevue, une question d'invitation à ajouter quelque chose à propos de l'expérience de la participante, qui n'avait peut-être pas été abordée, lui fut posée. Il lui fut finalement demandé comment elle avait vécu le moment de discussion avant de la remercier pour sa participation. Suite à l'entrevue, les participantes ont été invitées à compléter un court questionnaire sociodémographique (voir l'Annexe B) qui fut consulté pour cette présente étude afin de décrire et caractériser l'échantillon constitué des mères participantes.

## **Analyses**

Cette étude s'inscrivant dans un paradigme constructiviste, qui admet la formation d'une compréhension de la réalité subjective partagée entre le chercheur et le participant à l'intérieur du contexte de recherche (Ponterotto, 2005), la méthode API se révèle adaptée aux objectifs visés. En effet, par une approche inductive et une orientation idiographique au sein d'une perspective herméneutique, elle permet d'obtenir une compréhension approfondie de l'expérience vécue d'une personne face à un certain phénomène dans un contexte donné (Smith et al., 2009). Les entretiens furent ainsi fidèlement transcrits et étudiés dans un processus d'analyse itératif, tel que proposé par cette méthode selon les auteurs Smith et al. (2009). Plus précisément, le verbatim du discours de la première participante, accompagné de son enregistrement audio, a été lu et écouté à plusieurs reprises afin de visualiser la structure générale et le rythme de l'entretien. Ensuite, les propos de la mère ont été commentés à un niveau descriptif, linguistique et conceptuel en marge

droite de la transcription. À cette étape, une exploration du contenu sémantique, langagier et contextuel du verbatim fut effectuée, où des similarités, différences, contradictions, amplifications, idées introspectives et interprétations préliminaires ont été soulevées. Ces notes exploratoires ont été subséquemment analysées pour produire des déclarations concises et centrales de ce qui paraît important du verbatim, soit des thèmes alors notés en marge gauche. Des comparaisons et interrelations entre ces thèmes émergents ont ensuite été établies. Des thèmes furent alors éliminés, tandis que d'autres, de niveau supérieur, furent développés afin de former des catégories regroupant certains thèmes. Une fois ces étapes ayant été successivement effectuées pour chacune des participantes, les caractéristiques partagées de même que les particularités de leur expérience ont pu être repérées. Les thèmes centraux furent finalement résumés sous forme de listes et d'un schéma faisant émerger le sens commun de l'expérience vécue des mères face à l'AM de leur adolescente (Smith et al., 2009).

Par ailleurs, la validité de cette étude a d'abord été assurée par la cohérence entre sa question principale de recherche puis le paradigme et la méthode analytique choisis (Malterud, 2001). De plus, l'échantillonnage non-probabiliste incluant entre trois à six participants, pour un chercheur novice employant l'API, qui partagent des caractéristiques suffisamment homogènes pour faciliter la comparaison entre ceux-ci tout en conservant la profondeur de l'analyse, fut respecté (Smith et al., 2009). Ensuite, la validité de cette étude s'est surtout appuyée sur la description complète, détaillée et approfondie de l'expérience rapportée des mères, de même que sur la réflexivité, soit sur la place accordée à la subjectivité dans l'interprétation. La chercheuse étudiante a reconnu ses présupposés en adoptant une position d'enquête ouverte, flexible et facilitatrice (Anadón, 2006; Malterud, 2001; Mays et Pope, 2000). Ainsi, tel que proposé par Morrow (2005), un journal de bord fut tenu par la chercheuse étudiante afin d'explicitier son processus réflexif de même que tout biais pouvant potentiellement affecter l'analyse. Les critères de qualité de Yardley (2000) ont également été suivis, tel qu'en adoptant un niveau élevé d'engagement, de transparence, de cohérence et de rigueur tout au long du processus de recherche. À cet effet, la directrice de recherche de la chercheuse étudiante a activement agi en tant qu'auditrice externe en vue de vérifier la logique, la pertinence et la crédibilité du trajet analytique du projet en regard des résultats tirés en lien avec les objectifs de cette étude (Smith et al., 2009). Enfin, pour se sensibiliser au contexte des participantes et distinguer leurs voix parmi l'exposition des résultats qui suivent, des extraits de leurs discours seront présentés en quantité et



diversité judicieuses pour illuminer la capture entière et complexe de l'essence de leur expérience vécue (Malterud, 2001; Yardley, 2000).

## Résultats

Le discours sensible, profond et détaillé des mères rencontrées a permis de dégager plusieurs facettes importantes de leur expérience subjective en lien avec l'AM de leur adolescente. Parmi ces dernières, certains thèmes se sont révélés particulièrement saillants et essentiels au sein de la réalité subjective de ces mères en étroite relation avec leur fille. Les aspects soulevés seront ici présentés sous quatre catégories, les trois premières concernant surtout la période active de l'anorexie, et la dernière référant au stade suivant celle-ci avec un recul : (a) le rôle central des mères, (b) leur expérience psychoaffective, (c) leur relation mère-fille et les limites individuelles et interpersonnelles, puis (d) les retombées retenues à long terme de l'épreuve vécue.

### Rôle central

Toutes les mères rencontrées se révèlent notablement concernées par l'AM de leur adolescente. Le rôle central particulier, que les mères ressentent ainsi incarner, se dépeint d'abord par le fait qu'elles se perçoivent fortement sollicitées par leur fille aux prises avec l'anorexie, et ce au-delà du fait que les services de soins requièrent souvent la participation des parents dans le processus de rétablissement de la jeune.

D'une part, les mères paraissent instinctivement sollicitées par la situation précaire vécue par leur fille, à travers une pulsion maternelle qui semble être liée au désir de vouloir prendre soin de leur enfant par un don de soi naturel. Par ailleurs, leur fille tendrait à souvent demander explicitement leur aide et leur soutien.

C'est ton enfant, tsé... C'est ta responsabilité, (...) t'as ce désir-là de les aider... Eh tsé, c'est moi qui étais plus proche de (sa fille), c'est moi qu'a textait 28 fois par jour (...). Oui, très, très sollicitée (la mère), incroyablement. - Christine

C'est toujours, bon, la maman veut prendre soin, faque la maman eh... voulait prendre soin (...), comme si j'm'étais mis une armure prête à faire face à une bataille (...). Fallait que j'sois là pour ma fille, pis j'voulais être là pour ma fille (...). J'me suis souhaitée un cancer pour que, elle, soit libérée! (larmes) - Mireille

Moi, ma fille c'était... c'était mes, c'était mes poumons, c'étaient les siens (...). Fallait que j'reste forte parce que, c'est ça, j'étais le fort pour ma fille. - Lucie

D'autre part, les mères se voient, en majorité, particulièrement sollicitées par la problématique de leur fille étant donné leur même identité de genre. En effet, en percevant d'emblée qu'une partie de la cause de l'AM de leur adolescente peut être attribuée au contexte socioculturel d'idéaux de beauté féminine valorisant la minceur, les mères semblent particulièrement comprendre cette même pression culturelle sentie. Elles considèrent devoir elles-mêmes lutter contre celle-ci, tel un combat partagé avec leur fille à l'égard de la réalité sociale vécue par les femmes. Également, en tant que premier modèle d'identification féminine pour leur fille, la plupart des mères s'attribuent un rôle à jouer auprès de cette dernière, à savoir lui servir d'exemple réactionnel sain face au message culturel contraignant véhiculé quant à l'image corporelle de la femme.

Ça m'touchait plus, parce que j'avais, j'avais elle, pis j'avais moi (...). C'est la société qui véhicule tout ça... Tu grandis en pensant : « Tsé, mais, moi, j'suis pas assez mince. ». (...) C'est tout un, un combat de société, face à ma fille, face à moi-même. - Lucie

Y'a comme quelque chose dans la relation mère-fille j'pense qui est... qui, qui est différent. (...) Tsé, moi, le fait que c'est ma fille, est-ce que ça vient me chercher, puisque c'est lié au, au, au poids? Pis tsé, bon, toute la fameuse société (...), le corps de la femme, les régimes, (...) peut-être que... je comprenais plus (...), sans y adhérer. - Christine

L'image de la femme pour une jeune fille, sa mère c'est, veux, veux pas, c'est la première personne qui est là d'avant elle (...). Le regard que soi-même on porte sur nous, en tant qu'mère, en tant qu'femme (...), peut avoir une influence sur comment ton enfant va l'voir, versus, eh... tout c'qui est véhiculé au niveau social (...), les corps de femmes. (...) A m'a fait comprendre un moment donné : « Moi, maman, tant que j'vas sentir que, toi, ça l'a une importance pour toi (un idéal de minceur corporelle), on dirait que j's'rai pas capable de, de pas le, de moi aussi l'laisser libérer (le trouble). ». - Aline

Traduisant bien l'appel intrinsèque et perçu des mères à devoir veiller sur leur fille et agir spécialement à ses côtés, leur rôle singulier se démarque ensuite vu leur implication marquée auprès de leur adolescente atteinte d'AM et quant aux nécessités exigées par le trouble et son traitement. À cet effet, en plus de se considérer constamment disponibles et sensibles envers leur fille, les mères perçoivent prendre à leur charge plusieurs responsabilités, surtout en lien avec la préparation des repas, les rendez-vous médicaux et la scolarité de cette dernière. Ces obligations et engagements divers paraissent amputer un espace important de la vie de ces mères, au point où certaines espèrent une pause de ce fardeau vécu en lien avec l'anorexie de leur adolescente.

Tu fais juste ça. (...) C'tait moi, eh, qui parlais avec elle les soirs (...), faut que j'l'amène à gauche à droite, faut que ci, faut que ça, à la maison les repas... (...) Au point où, à un moment donné, c'est de, de dire: « (...) Comprends-tu mon besoin... d'avoir un répit de cette maladie-là? ». (...) On en prend beaucoup, plus, plus que le papa j'dirais. - Christine

Des repas complets. OK. (...) C'est moi qui fais à manger chez moi, c'est moi qui fais l'épicerie (...). J'me tapais des rendez-vous au moins trois fois par semaine avec elle à (l'hôpital), (...) j'étais allée m'asseoir avec la direction d'l'école (à sa fille), (...) j'avais tout l'temps le fardeau, les responsabilités eh... lourdes! - Mireille

J'laissais pas beaucoup d'corde là, mais j'avais l'impression de, de... que si je l'faisais pas (supporter les responsabilités liées au trouble et à son traitement), eh, tout tomberait. J'me sentais comme ça, j'me sentais vraiment comme j'étais la porteuse de tout. - Aline

Envahies par leur sollicitation et leur implication proéminentes à l'égard de leur fille en souffrance, toutes les mères rencontrées s'avèrent également centralement concernées par la maladie de leur jeune en s'en trouvant franchement éprouvées de différentes façons. Entre autres, elles vivent des répercussions majeures sur leurs sphères personnelle, familiale, sociale et professionnelle en constatant que leur santé physique et psychologique est affligée, de même que leurs relations, leurs activités, leurs projets, leur quotidien et leur qualité de vie plus largement.

Ça prend d'la place (le trouble)... L'impact que ça l'a, sur, sur ta vie sociale, sur ton travail, (...) t'es tout l'temps fatiguée (...). C'est beaucoup moi qui étais comme... qui m'perdais là-d'dans (...). Ça été plus dur pour moi que pour lui (le père). - Christine

Une prise en otage. (...) J'ai pu d'vie moi là ! (...) Une vie en suspens. (...) J'voulais peut-être retourner aux études, je, j'vou, j'voulais peut-être faire autre chose comme travail (...), pis là... Bang ! C'est comme : « OK. Non, t'as pas fini là (son rôle de mère). ». - Mireille

On dirait que toute ta vie est réglée là-d'sus (le trouble) (...). J'ai même changé de travail (...), pour être disponible (pour sa fille). - Flavie

J'ai fait une dépression, mais vraiment une dépression importante, après (la phase aiguë du trouble). Faque j'pense que, là, j'ai tout relâché. - Aline

Pu d'qualité d'vie. (...) J'étais constamment stressée (...), tout tournait toujours autour d'elle. Si j'avais à m'absenter une fin d'semaine, ben j'étais angoissée (...), c'étaient jamais des vacances normales (...). Penser que, moi, en d'dans, c'tait mort ici (son cœur), pis que pu jamais j'allais rire de bon cœur, pis que j'allais vraiment être heureuse. - Lucie

De surcroît, pour toutes les mères, leur réalité singulière liée à la maladie de leur adolescente nuit, à degrés variables, à leur sphère conjugale. Une certaine distance les sépare ainsi de leur conjoint, soit en se trouvant par moments décalées de l'expérience distincte de celui-ci face à l'épreuve, ou en négligeant malgré elles leur couple parmi la surcharge vécue.

Ça (le trouble) nous a comme éloignés (la mère et le père) (...), comme en parallèle (...). On sentait que... on l'vivait pas d'la même façon (...). - Flavie

J'tais tellement centrée là-d'sus (le trouble) (...), que (le père) et moi, pas longtemps après (la phase aiguë du trouble) (...), on a eu un moment dans notre vie où on s'est séparés (...). On s'est comme perdu comme couple là-d'dans. - Aline

Ainsi, les mères s'annoncent à la fois comme étant remarquablement sollicitées, impliquées et éprouvées en lien avec l'AM de leur fille, et plusieurs d'entre elles en viennent à traduire ce rôle central en s'appropriant en partie l'expérience de la maladie, considérée comme étant une épreuve partagée.

**Nous, on** est allés vraiment très loin dans l'anorexie (...), pis c'est intéressant de voir (...) le chemin qu'**on** a fait (...). **On** est dans la bonne direction là, j'ai l'impression qu'**on** est... le, le plus gros (de l'épreuve) y'est vraiment derrière, derrière **nous**. - Christine

Pour **nous**, dans **notre histoire à nous** (...), **on** l'a vécu (l'épreuve) **ensemble**. - Aline

Ce qu'**on** a vécu (l'épreuve) (...), c'était **notre parcours à nous**, c'était ce qu'**on** devait vivre (...), c'était **notre chemin à nous**. - Lucie

### Expérience psychoaffective

En même temps que les mères rencontrées vivent diverses répercussions majeures en adoptant une position centrale et active pendant le combat contre l'anorexie de leur fille, elles dévoilent toutes surtout porter un fardeau psychoaffectif considérable. Celui-ci limite dès lors leur capacité d'intervenir auprès de leur fille.

C'tait vraiment l'Enfer (...), pénible là (...), vraiment difficile. C'est l'affaire la plus dure que, que j'aurai vécue à vie là. J'veux dire, sans, sans hésitation. (...) C'tait dur, c'tait dur, c'tait dur (...), la lourdeur de la situation (...). Une période très, très noire. - Christine

Jamais que j'ai pensé à m'enlever la vie, mais (...) j'tais tellement, tellement à boutte (...), j'me disais : « Quand j'vais être morte, (...) j'vais me r'poser (...), être bien. ». - Lucie

En étant partie prenante et, tsé, émotivement aussi très, très impliquée, ça vient biaiser beaucoup la façon d'intervenir là. C'est ça que, y'a comme pas de... y'a pas de... barrage entre les deux. Tsé, on est face dedans là, pis tu réagis quand même. - Flavie

Communément, leur charge affective commence surtout à prendre forme dès leur sévère réaction de choc lorsqu'elles apprennent le diagnostic d'anorexie mentale de leur adolescente.

« Votre fille a souffre d'anorexie là. » Tsé, pis c'est comme, là j'ai réa, j'ai fait : « OK. ». (...) J'me souviens encore d'être au téléphone au travail, pis tsé, de m'être mise à pleurer là tsé, pis de m'dire : « OK. Ben, c'est ça, c'est, c'est l problème qu'a l'avait... ». - Christine

Cette annonce-là, ça été comme... un dix-roues. Un dix-roues eh, qui t'passe dessus (gestuelle un mouvement d'avant-arrière), trois fois... (larmes) Ouais. - Mireille

L'ébranlement émotif des mères se poursuit ensuite par une affluence de pensées et de questionnements, entre autres liés à leur incompréhension de la maladie.

Quand ça commencé à arriver là (le trouble), j, tsé, moi j'comprenais pas ça, moi j'comprenais pas ça du tout, du tout, du tout (...). Tu t'dis, ben : « Mon Dieu ! Qu'est-ce, qu'est-ce, qu'est-ce que j'peux faire ? Pourquoi est malheureuse de même? ». - Lucie

J'disais : « (juron) Est folle! Pis, d'où ça vient ? ». - Mireille

Leurs interrogations s'alourdissent à travers leur état général de désorientation. Les mères sont confuses par rapport à la nature de l'anorexie, son traitement et la façon dont elles pourraient contribuer à aider leur fille. De fait, elles rapportent majoritairement qu'il serait difficile de recevoir des réponses de la part des services de soins. De plus, parmi le peu de réponses qu'elles arriveraient à obtenir des professionnels, celles-ci se révéleraient souvent boiteuses.

Ça s'bousculait un peu dans ma tête (...), c'est comme si j'étais dans l'désert (...). Je suis dans l'ignorance ! (...) « Et *by the way* là, wouhou ! J'peux-tu avoir eh, des renseignements, que'qu'chose ? (...) Qu'est-ce qui va s'passer ? » - Mireille

Tu sais pas quoi faire, pis là, t'essaies des affaires, pis tsé, tu lis ci, pis finalement, y'en n'a pas tsé, y'en n'a pas d'réponses (...), des, des indications, des, des lignes directrices... « Qu'est-ce que j'fais moi ? » - Christine

T'as rarement des réponses très claires, ça change beaucoup... - Flavie

Bombardées de questionnements et de pensées concernant leur enfant atteinte d'AM, toutes les mères se trouvent surchargées de préoccupations constantes.

Le temps que c'est intense (le trouble), t'as tout l'temps ça en arrière-pensée. - Flavie

La charge mentale! (...) C'était là (le trouble), j'a voyais partout (sa fille), j'a voyais partout... Eh, tout était eh... Tout était presque centré là-d'sus. - Mireille

Par ailleurs, leur fardeau cognitif s'avère interrelié à toutes sortes d'émotions. Parmi les principales, l'inquiétude et la peur semblent peser lourd pour les mères qui craignent pour le bien-être, la survie et l'évolution de leur adolescente et des autres membres de la famille.

Une grosse boule d'inquiétude qui s'installait dans ma tête, pis dans mes tripes. - Mireille

J'me couchais, pis j'avais aucune idée si ma fille a l'allait être vivante le matin. - Lucie

J'avais peur que, admettons (sa fille) là ça tombe vraiment creux, (...) tsé, j'pouvais imaginer les pires scénarios là que... tous, toutes les autres (membres de la famille) auraient été comme malheureux, qu'la famille aurait été complètement éclatée. - Aline

Également, en cherchant à comprendre le déclenchement de l'AM de leur fille, la culpabilité s'empare de l'ensemble des mères qui tendent à s'attribuer le blâme pour le développement de la maladie. Elles remettent entre autres en question leurs attitudes et

comportements parentaux, puis ceux qu'elles tiennent dans la famille à l'égard de leur propre alimentation et image corporelle.

« Pourquoi on n'a pas réagi avant? Pourquoi ça (le trouble) s'est rendu là? » (...) On s'dit tout l'temps : « Qu'est-ce que j'ai faite? Qu'est-ce que j'ai pas faite? Eh... Y'a-tu que'qu'chose qu'y'a déclenché ça? ». (...) Tsé, j'en ai suivi des régimes (...), tsé, a m'voyait faire là, faire mon affaire, pis là, après ça, tu t'dis : « (juron) ». - Flavie

De m'insulter dans l'miroir, de faire comme : « Ah ! Mon Dieu qu'j'suis grosse! », (...) j'y ai envoyé l'image que, dans l'fond, on, on n'est jamais, on n'est jamais correcte! - Lucie

Je l'prenais tout sur moi (la cause du trouble), j'me disais : « C'est ma faute. (...) Si j'avais pas eu mes enfants si jeune, (...) pis qu'j'avais plus travaillé sur moi... ». - Aline

« Y'a-tu que'qu'chose que j'ai fait qui l'a amenée là? (...) Est-ce que j'ai pas assez bien eh... j'sais pas moi, son estime d'elle y'était, y'était pas assez fort; (...) qu'est-ce que j'aurais pu faire? P't'être que j'tais trop ci, trop ça? C'tu d'ma faute? ». - Christine

Plusieurs vivent aussi de la culpabilité face à leurs autres enfants qu'elles constateraient être, dans une certaine mesure, impactés par la situation problématique et délaissés étant donné le focus mis sur l'AM.

J'ai comme peut-être pas été assez là, ce temps-là, pour eux (ses autres enfants). T'es comme portée à être un peu plus avec elle (sa fille malade). - Flavie

On n'avait pas réalisé, mais lui là (son fils), y s'tapait ça là (l'épreuve liée au trouble de sa soeur). (...) J'ai d'la misère même à en parler... - Christine

Son p'tit frère comme, qui a vécu comme dans l'ombre de sa sœur (...), parce qu'a d'mandait tellement. (...) J'ai passé à côté d'l'adolescence de mon fils. - Lucie

De plus, toutes les mères se trouvent accaparées d'un envahissant sentiment d'impuissance. En effet, elles se sentent non seulement déroutées à travers leur désir viscéral et leurs efforts en vain à vouloir sauver leur fille du trouble, mais constatent aussi graduellement que le contrôle sur son anorexie leur échappe.

J'me sens eh... sans ressources, (...) dépassée par les événements, je s, je sais pas quoi faire (...), complètement impuissante là (...): la voir s'autodétruire comme ça, pis ton enfant. Toi, t'es là. Ton enfant... s'autodétruire. - Christine

J'suis tellement eh... impuissante! (...) M'dire : « Ben c't'une maladie mentale, tu peux pas rien y faire, pis c'est seulement et seulement elle qui peut faire quelque chose pour. Nous autres, on y lance les bouées, faut qu'a l'attrape, mais a va l'attraper la journée qu'ça va arriver dans son cerveau qui, qu'ça va tasser l'monstre qu'y'est dans sa tête! ». (...) On y a tellement lancé d'bouées ! (larmes et voix éteinte) - Mireille

L'impuissance totale... Peu importe c'que tu fais, c'que tu dis, eh... tsé j'veux dire, t'es, c'est, t'es impuissant, t'es vraiment impuissant. - Lucie

En outre, la tristesse les accable unanimement, surtout à l'égard de la souffrance et des répercussions malheureuses subies par leur fille en lien avec l'AM. Les mères identifient, parmi les répercussions importantes constatées, l'altération du parcours de vie normatif de leur fille.

Le médecin a l'a hospitalisée (...), pis là, a pleurait (sa fille), pleurait, pleurait. Pis là, j'en revenais, pis là, j'pleurais, pleurais (...), de tristesse épouvantable là. - Christine

T'arrive à l'hôpital (larmes), (...) a pu d'énergie, pis là c'est toi qu'y'a démaquille. C'est comme... j'aurais tellement voulu qu'a l'aille après, à son après-bal là! (...) Sa vie, s, a pu d'vie! A pu d'vie... A vit pas sa, c'qui doit s'passer à 16 ans. - Mireille

J'me couchais en pleurant, j'me l'vais en pleurant, j'me cachais pour pleurer l'jour... Tsé, j'pleurais tout l'temps là finalement, c'tait... c'tait épouvantable. - Lucie

D'autre part, la majorité des mères vivent des vagues de colère. En partie, elles crient à l'injustice à considérer que ni leur fille ni elles-mêmes ne méritent de traverser le calvaire lié à la maladie qui s'impose inexplicablement. Elles se choquent également directement envers leur fille, en souhaitant la raisonner face à ses attitudes et comportements problématiques liés à l'AM qui paraissent maintenir le trouble et qui peuvent avoir des répercussions négatives pour elles-mêmes ou pour les autres membres de la famille. Certaines mères sont surtout rebutées par les agissements de manipulation perçus de leur fille.

Tu vois ton enfant souffrir de la sorte tsé, au même titre que quelqu'un qui va perdre un enfant où, tsé, y'a rien d'juste là-d'dans. (...) J'ai eu une période de colère, vraiment de colère de, de, de rage là de : pourquoi, pourquoi a vivait ça ? - Lucie

Une fois j'avais le, le résumé du médecin de c'qui s'était passé dans la s'maine à mon insu, (...) j'exprimais ma colère (à sa fille) (...) : « Tu m'manipules! Pis, c'est comme, j'mérite pas ça! Pis je sais qu'faut qu'tu t'en sortes, (...) faut tu fasses les efforts ! ». - Mireille

Les mères ressentent aussi une frustration envers leur conjoint, les professionnels de la santé et leur entourage plus large parfois, vis à vis leur manque de compréhension, de jugement et de connaissances qu'elles perçoivent quant à l'AM et que ceux-ci pourraient exprimer par des commentaires indéliçats portés à leur égard comme à celui de leur fille.

Les gens qui donnent des conseils, les gens qui disent : « Coudonc ! T'a nourris pas ton enfant tsé ? ». (...) (juron) « Qu'est-ce t'en penses tsé ? ». - Christine

Y (le père) pouvait pas comprendre que tu pouvais avoir un mal être comme ça (...). J'tais fâchée, parce que moi, à c'moment-là, j'me disais : « Ben voyons ! Ça a pas d'bon sens, comment ça qu'tu l'vois pas? Pis c'est ben plus grave que tu penses ! ». - Aline

J'me suis déjà fâchée après des médecins (...). Même eux là, sont dans l'ignorance totale. (...) A l'avait perdu 20 livres dans un mois là (...), faque y dit (un pédiatre) : « Ah ! Ma p'tite souris, tu sais, là t'es dans ton poids santé. ». - Lucie

La plupart des mères ressentent principalement un sentiment de solitude associé à l'impression de jouer un rôle central exclusif auprès de leur fille atteinte d'AM. Le manque de contacts sociaux et la perception d'être peu considérées, soutenues, orientées et comprises par leur entourage et par les professionnels de soins semblent contribuer à cet isolement.

J'me sentais seule là-d'dans là... Tsé que, j'me sentais comme eh, quelqu'un que t'aurais j'té à l'eau qui savait pas nager (...). On manque de ressources. - Lucie

Le plus dur c'est de pas avoir de support ou de soutien. (...) On n'a pas beaucoup de réponses. Les parents sont (...) beaucoup exclus (à l'hôpital) (...). Tu te coupes des gens aussi, parce que (...) t'as cette enfant-là qui mange comme pas (...), tu tombes dans une sorte de, d'isolement (...). J'ai personne dans mon entourage à qui c'est arrivé, faque là, personne à qui j'peux dire : « Toi, comment t'as vécu ça ? ». - Christine

« Envoyez-moi des *jokes*, envoyez-moi d'énergie, parc'que j'toute seule! J'toute seule! » (larmes) Là, ma sœur encore me répond : « Mais qu'est-ce que tu veux que j'te dise! » « Ah ! » ... Faque là, j'ai coupé toute communication. - Mireille

Par ailleurs, l'amalgame d'émotions poignantes imprégnant la réalité des mères se révèle confus pour celles-ci. Elles paraissent vivre un mélange de sentiments parfois ambivalents, opposés et instables, en oscillant d'un affect à caractère tant positif que négatif, fragile comme intense, puis intériorisé ou extériorisé.

J'avais très peur, vraiment... peur que beaucoup d'choses s'écroulent autour de moi (...). En même temps j, tsé, des fois j'me, j'avais confiance aussi (...). Faque j, j'avais comme des sentiments un peu eh (rires), antagonistes parfois là. - Aline

« J'ai tellement peur que tu meurs! » (voix éteinte) Ça j'lui disais! Pis y'a des fois aussi, j'me fâchais. C'tait comme : « (...) Si tu veux pas manger ça, mange un char de mardel! ». (...) C'étaient des, des montagnes russes en émotions. - Mireille

J'tais fâchée contre elle, j'tais fâchée, fâchée, fâchée, pis, un moment donné, j'me suis rendue compte, j'ai dis : « OK. J'suis fâchée, parce que si j'me laisse être triste, j'vas tellement pleurer là que j'vas comme... tsé, j'v... j'serai plus fonctionnelle. ». - Christine

Le fardeau psychoaffectif des mères paraît aussi alourdi par l'interaction entre leurs émotions vécues. En réponse à l'impuissance ressentie particulièrement, des mères semblent vivre de la culpabilité, comme de la colère ou de la tristesse.

T'as quasiment envie que ça soit d'ta faute, parce que si c'est d'ta faute, tu peux changer quelque chose. - Christine

Je l'engueulais là! C'tait comme : « (sa fille), arrête! Tu peux pas faire ça, tu peux pas nous faire ça, tu peux pas, tu peux pas te faire ça. J'v, c, t'es en train de t'suicider! ». J'y dis : « Nous autres, on assiste à un suicide au ralenti! Tu, t, tu réalises-tu! ». - Mireille



Le médecin, tout ça, là y prennent la décision (d'hospitaliser la fille) (...). Oh ! Ça été... J'ai jamais pleuré comme ça. Faque tsé, ben tsé, tsé, tu laisses ta fille, tu fais comme : « Euh ! ». Ça... c'tait épouvantable... pleurer tout l'long. - Flavie

Enfin, l'expérience psychoaffective des mères est empreinte d'un lourd flot de pensées et d'émotions qui interagissent. Ainsi, en partie en cherchant désespérément à comprendre l'AM de leur adolescente et à atténuer leur sentiment spontané de culpabilité associé, la grande majorité des mères en arrivent à développer une perception de l'étiologie de l'anorexie comme étant multifactorielle. Elles attribuent une portion de la source de la maladie à une prédisposition interne de leur fille, telle qu'à la présence de traits anxieux ou de performance chez celle-ci. En même temps, les mères s'attribuent une part de responsabilité quant à leurs attitudes adoptées comme parent et comme femme face à leur propre image corporelle et à l'alimentation entre autres, tout en incluant d'autres facteurs contributaires tels que le contexte socioculturel, l'hérédité et le hasard.

Ma mère, selon moi, avait un trouble alimentaire (...), pis ma mère avait eu envers moi beaucoup, beaucoup de commentaires très négatifs, genre : « Je sais pas de qui tu r'tiens pour être grosse de même. » (...) Jamais je n'ai fait de commentaires par rapport à ça à (sa fille). (...) Un moment donné, j'ai lu que y'avait un côté génétique : « Ah ! Peut-être que c'est ça... Ah ! Pis là, peut-être qu'en disant jamais rien, est-ce que j'ai... ». - Christine

J'me sentais coupable. (...) A nous l'disait : « C'est pas d'votre faute (...), c'est moi. ». J'pense qu'a l'était prédisposée à ça. J'pense qu'a l'a fait tsé, a l'a fait son chemin. (...) C'est que, dans son caractère, de la manière qu'a, qu'a réagit eh, ça toujours été une p'tite fille plus anxieuse, perfectionniste, qui eh, qui s'en d'mandait beaucoup (...). Tsé encore là, c'est, c'est la maladie... c'est, c't'un, c't'un tirage au sort. - Flavie

Quand était un bébé, tsé, dans l'fond, sa relation avec la nourriture, j'trouvais ça particulier (...): « Ah! On dirait ça m'surprendrait pas si était anorexique un jour. ». (...) À c'moment-là, j'étais en questionnements, sur moi-même, par rapport à mon poids, par rapport à tout ça (...). J'l'aurais p't'être pas vu si moi j'étais pas là-dedans non plus ? (...) Effectivement y'avait un bout qui m'appartenait, mais y'a un bout de libre arbitre. - Aline

« J'parais-tu grosse? » Ces p'tits comportements banals-là, que pour un enfant qu'y'est fragile à ça, parce que, elle, a m'a toujours dit : « Tu sais maman, j'avais ça en moi. Si ça avait pas été ça, ça aurait été la drogue ou... ». (...) Elle, a dit que, elle avait ça en elle. Probablement que, n'importe quoi d'autre aurait probablement fait déclencher ça. - Lucie

Toutefois, au-delà de leur perception de l'AM comme étant un désordre complexe, une notion de limites, imbriquées à leur relation mère-fille, s'est avérée cruciale pour l'ensemble des mères dans la compréhension de leur expérience vécue en lien avec le trouble de leur adolescente.

## Limites et relation mère-fille

Alors que toutes les mères rencontrées décrivent la présence d'une relation harmonieuse et de grande proximité avec leur fille avant l'AM, la majorité d'entre elles rapportent avoir pris conscience d'un problème de limites personnelles et de frontières interpersonnelles comme ayant possiblement été soit à l'origine du trouble ou contributoire à son maintien.

Moi pis ma fille, on était des gens, on est des gens extrêmement fusionnels (...). Moi j'voulais une ballerine (...). Était garçon manqué, mais, moi, j'voyais pas ça pis, (...) pour moi c'tait toujours la meilleure, c'tait la plus belle, eh tsé, j'veux dire, c'tait la plus toute! Mais elle plus tard, a m'a expliqué que pour elle, a l'avait le sentiment qu'y fallait toujours qu'a soit la meilleure (...). J'ai mis c'te pression-là sans l'savoir, pis sans savoir, c'était comme... la p'tite fille que j'aurais voulu être. - Lucie

J'ai toujours été très, très, très proche de (sa fille) (...). J'l'ai beaucoup protégée (...). Cette affaire-là (le trouble), c't'un, c't'un peu aussi de mettre mes limites (...). J'étais comme tout l'temps en train de, de vouloir régler. Pis à la limite, ça l'a probablement plus nui qu'autre chose, parce qu'a l'a pas eu à faire face à... j'tais toujours là pour (...) répondre à ses besoins constants de, d'attention (...). Faque p't'être que ça l'a duré (le trouble). - Christine

C'tait une enfant qui était toujours collée sur moi, toujours, toujours (...). J'ai comme peut-être donné trop d'attention, au lieu d'y faire comprendre qu'était capable de faire les choses toute seule (...). Pis c'est la limite, pis c, c'est dans ce sens-là où j'me dis : « Ah! J'l'ai peut-être trop protégée. ». (...) J'prenais trop tout ce qu'a me disait, sans tenir compte qu'a l'avait une posture qui était correcte, pis que j'pouvais en avoir une autre (...). Par la suite, c'est que (sa fille) a voyait plein de choses que j'faisais pis que j'me respectais pas dans qui j'étais. (...) Faque dans l'fond, c't'un problème de limites. - Aline

De fait, au sein d'une proximité relationnelle singulière avec leur fille, on remarque que des mères suggèrent un enjeu maternel de surprotection et d'intrusion auprès d'elle, tandis que d'autres proposent un manque de différenciation avec celle-ci en s'y identifiant grandement.

Par ailleurs, certaines mères font un rapprochement entre la dynamique de leur relation avec leur fille et celle entretenue avec leur propre mère.

J'ai-tu été trop eh, mère poule ? Pour plein d'raisons, parce que moi j'ai pas eu vraiment une mère présente (...). J'ai été trop présente pour ma fille, dans l'sens (...), j'ai comme trop fait à croire que, pas que j'voulais faire ça, mais qu'a l'avait besoin d'moi. - Aline

Ma mère (...) voulait ses filles très, très minces. (...) J'veux dire, moi, j'avais tout l'terrain pour développer un trouble alimentaire, pis moi, j'en n'ai pas développé un (...). J'ai tellement fait attention avec (sa fille) de jamais faire un seul commentaire, tsé *ever*, (...) par rapport à son poids. - Christine

Selon ces derniers extraits, il appert que le lien établi par les mères traite des impacts intergénérationnels dérivant tant de la qualité de l'histoire relationnelle mère-fille (grand-mère et mère, puis mère et fille) que des attitudes adoptées quant à l'image corporelle.

Cette connexion se poursuit même à l'égard de la génération suivant celle de leur fille.

Quand était enceinte (sa fille) (...), elle avait peur d'avoir une fille, parce qu'a se sentait pas prête, de... de, de pas le communiquer (le trouble) dans l'fond. A l'avait peur de comme transmettre l'état... qu'elle avait là. - Aline

Pendant l'AM, l'ensemble des mères dépeignent leur relation avec leur fille comme étant empreinte d'instabilité émotive, représentant à la fois un pôle de proximité et un pôle d'éloignement.

C'tait quand même un peu eh... nébuleux (...). Des fois a m'en voulait, pis des fois eh... Tsé, (sa fille) a m'a toujours comme considérée importante. - Aline

Y'avait autant des moments très tendres (...), de douceur pis de, d'affection, qui pouvait avoir de (...) gros mots eh, disant eh : « (juron) J'vas t'sacrer dehors! ». - Mireille

On était des fusionnelles, à c'période-là, conflictuelles. Bon, on pouvait pas s'passer une de l'autre, mais ensemble, dans c'moment-là, y'a eu des périodes, aye ! À exploser ! - Lucie

La proximité des mères avec leur adolescente pendant le trouble alimentaire paraît surtout se manifester par des moments de doux plaisirs, d'attachement, de partage, de confidences et de soutien.

« J'vas aller chercher un bon café. ». Faque là, j'm'assis avec, pis j'jase, pis là j'y d'mande : « (...) T'as-tu confiance en moi ? ». A dit : « Oui. ». J'ai dit : « J'te promets, j'te promets, j'te promets qu'un jour tu vas être heureuse. ». - Lucie

J'y faisais un massage de tête pendant une grosse demi-heure, pis a voulait pas qu'j'la lâche, (...) pis : « Ah ! Maman, reste encore! ». Pis... pis j'étais là (...). C'est elle qui m'appelait pour me dire : « Ah ! J'ai eu la plus grosse banane aujourd'hui, j'sais pas quoi faire avec. ». (...) Ça été beaucoup de textos. Ah ! Mon doux qu'a m'textait... - Mireille

Elle m'envoyait beaucoup de lettres. - Aline

On a quand même, malgré tout (...), continué à garder une belle communication. - Christine

De son côté, la distanciation mère-fille au cours de l'anorexie semble, d'une part, s'exprimer manifestement par une forme de rébellion de l'adolescente qui serait témoignée envers sa mère, soit par une indignation marquée de reproches, d'opposition, de provocation et de tromperie faisant éclater des situations de crise, de conflit et de rejet. D'autre part, cette distance se traduit aussi plus discrètement par une sorte de retenue de la fille envers sa mère.

Elle avait beaucoup... de choses à me reprocher, (...) par rapport à ma façon d'être. - Aline

On était comme les deux... plus en retrait, comme eh, sur un frein (...). J'faisais attention à tout ce que j'allais y dire eh (...), on dirait que c'tait moins fluide entre nous deux. - Flavie

J'fonçais dans des murs (...). Tsé, quand tu l'sens là qu'y'a une barrière. - Lucie

Je l'ai perdu ma fille pendant cette maladie-là parce que là, la personne qui est là, c'est pas ton enfant (...), c'est des comportements complètement différents. - Christine

Des poignards dans les yeux (...): « Vous m'avez faite hospitalisée! ». (...) Ça été comme un déchirement (...), j'perdais vraiment ma fille (...), a voulait pu nous voir. - Mireille

Ainsi, en plus de craindre le décès de leur adolescente à cause de son anorexie et de devoir tolérer son absence de la maison pendant ses hospitalisations, plusieurs mères ont aussi l'impression de perdre leur fille par ses transformations comportementales et son refuge dans l'AM qui installeraient une distance entre elles au cours du trouble. Cependant, comme peuvent évoquer certains de ces derniers témoignages, les mères tendent à leur tour à réagir avec distance aux nouvelles attitudes de leur fille, tel qu'en adoptant une posture de réserve, de vigilance et de méfiance à son égard. La distanciation mère-fille pendant la maladie paraît donc s'établir conjointement, soit par la participation de l'une et l'autre à cet effet d'éloignement relationnel.

D'ailleurs, toutes les mères rencontrées contribuent, de différentes façons pour chacune, à instaurer une certaine séparation mère-fille à travers leurs stratégies mises en place au sein du cheminement de résolution de l'AM. D'un côté, elles développent graduellement et tranquillement une attitude d'acceptation et de laisser-aller face à leur jeune et à son anorexie. Cette disposition entreprise tardivement par les mères au cours de la maladie de leur fille s'est finalement imposée pour elles comme étant nécessaire pour le rétablissement de leur jeune, mais aussi pour leur propre survie dans l'épreuve. Elles deviennent forcées de constater l'inefficacité et voire la contre-productivité de leur implication marquée auprès de leur fille, où elles s'épuisent largement et se buttent constamment contre leur manque de contrôle sur la situation.

C'est sa vie, pis c'est, c'est... va falloir qu'elle ait envie d'aller mieux tsé, pis qu'à la limite, moins j'suis impliquée, mieux c'est (...). Ça lui appartient tsé, j'peux pas... j'peux pas rien faire (...). C'que j'ai fait, non seulement ça me, eh, brûlait, mais ça l'aidait pas. - Christine

Plus ça avançait, plus c'tait comme: « Mais j'peux pas rien faire. (...) Si j'peux pu m'en mêler... tant mieux! J'm'en fout! J... j'suis à boutte! ». - Mireille

Ça donne rien d'les brusquer (les jeunes atteints d'AM), tsé, j'veux dire, c'est eux autres qui, qui, qui mènent ça, c'est pas nous. C'est vraiment d'les suivre, pis d'aller... d'être à l'écoute de c'qu'y'ont de besoin. - Lucie

En reconnaissant et en établissant ainsi certaines frontières, les mères en arrivent enfin à se respecter elles-mêmes à travers leurs limites personnelles tout en distinguant progressivement que la difficulté de leur fille n'est pas la leur.

D'un autre côté, l'imposition de limites par les mères auprès de leur fille, surtout quant aux comportements problématiques liés à l'AM, s'est de la même façon révélée essentielle parmi leurs efforts à traverser la situation, et ce tant pour leur mieux-être à elles que pour celui de leur fille et du reste de la famille à leurs yeux. Alors qu'elles annoncent tantôt ces règles et balises directement à leur adolescente, elles le font parfois indirectement aussi en devant les imposer aux professionnels de soins ou à leur conjoint.

« À chaque fois qu'tu vas manger, faut qu'tu restes avec nous pendant une heure. Si tu vas dans ta chambre, faut qu'les portes soient ouvertes. Si j'ai des doutes, j'enlève les portes de ta chambre. ». (...) Pis a l'a arrêté, a l'a jamais recommencé à s'faire vomir suite à ça. Pis plus tard, a m'a dit ça été très bénéfique pour elle dans l'fond ces limites-là. - Christine

« Quand j'fais la nourriture, t'es pas à côté d'moi, tu m'attends, tu manges qu'est-ce que j'te donne. Si ça marche pas, on rentre (à l'hôpital). » (...) Tsé, j'avais comme mis mes... limites. (...) Ça l'a vraiment été quelque chose qui a été vraiment bénéfique. - Aline

A négociait avec le médecin (...). Y m'a dit : « (...) Est-ce qu'on la fait sortir de l'hôpital pour qu'a puisse aller au Cegep? ». « Non! (...) C'est quoi qu'elle doit relever? (comme objectifs de rétablissement) Elle l' relève pas! Non! On y a donné assez d'lousse. Non! J'veux pas! » (soupir) Et mon chum était d'accord avec moi, cette fois-là. - Mireille

En outre, les mères en viennent à respecter également leurs limites personnelles par la tolérance et la bienveillance qu'elles développent graduellement quant à leur individualité et face à leur image corporelle au fil du parcours de l'anorexie de leur fille. Ces nouvelles attitudes déployées s'avèrent aussi salutaires pour la résolution du trouble de celle-ci, alors que les mères travaillent à se sentir en consonance dans ce qu'elles clament et font pour incarner un modèle sain pour leur fille à l'égard de leurs comportements corporels et alimentaires.

C'qui a aidé, c'est quand j'me suis mise justement à travailler sur mes limites. Quand j'me suis mise à r'garder, pis à m'occuper de moi. C'est comme si là, elle, elle a été capable de l'faire. (...) Parce qu'a voyait que moi, j'moi, j'm'occupais d'moi, donc elle, c'est co... Elle, c'qu'a m'disait, c'est comme si ça y donnait le droit de l'faire. - Aline

Ça a comme fait : « OK. Là, là, faut que j'm'accepte. » (...) Pour comme l'aider aussi à... Si d'un côté d'lui dis, eh, tsé : « (...) C'est toi qui faut qui sois bien dans c'que t'es (...) », mais que je l'fais pas (...), ça a comme pu de logique. - Flavie

D'autre part, la majorité des mères aboutissent à lâcher prise sur la situation vécue par leur fille et à faire valoir leurs limites personnelles comme stratégies d'ajustement. Elles visent à surtout se protéger, se retrouver et survivre elles-mêmes de leur expérience associée au trouble de leur adolescente, puisqu'elles tendent à se perdre au sein de leur rôle d'aidant accaparant et à

subir et endurer les impacts associés à l'ensemble de la situation. Elles en arrivent ainsi à prendre soin d'elles pour se préserver et pour être en mesure de continuer d'affronter la problématique.

J'allais en retraite. J'allais vraiment me ressourcer là, pis être dans l'silence complet eh... toute seule, vraiment, vraiment. J'avais vraiment besoin d'ça. Faque là, j'rev'nais, pis c'tait comme : « OK. J, j... (rires) On r'part! ». - Mireille

Une intervenante (...), a m'a aidée à comment, moi, être capable de passer à travers ça (...), tsé, pour que j'me protège. - Lucie

J'ai commencé à voir une psychologue, pour moi. (...) « J'ai pu... d'espace pour moi. J'ai pu d'place. (...) J'vas faire ci, j'vas faire ça, tsé. » « J'peux-tu y aller faire du yoga avec toi maman? » « Non. C'est mon yoga. » (...) Pour être capable, c'est ça, de, de, d'avoir la force de gérer avec toute ça, pis de dire : « Mais là, moi, ma vie continue. (...) J'ai un autre fils là... Tsé, j'ai quelqu'un (son conjoint). Est-ce que lui va souffrir parce que là, moi, j'vas tomber en, en *burnout* ? (...) ». J'disais : « OK. Non... J, c, j'veux pas ça. ». - Christine

Tel que l'exprime ce dernier discours, il est envisagé que l'imposition de limites par les mères se révèle cruciale pour leur survie comme pour celle des autres membres de la famille qui vivraient certaines conséquences liées à l'AM de l'adolescente. En prenant soin d'elles-mêmes, des mères réalisent prendre également soin de leurs proches par le fait même. De plus, la plupart d'entre elles mettent en place des limites visant à protéger directement le reste de la famille des répercussions associées à l'expérience de vivre avec une personne atteinte d'AM.

J'dis : « Ton frère, j'veux pas qui soit au courant de ça... Tsé, déjà y'en a beaucoup, ça été très dur. ». (...) Un moment donné j'ai dis : « OK. C'est cette limite-là. ». - Christine

Un moment donné, c'est ça, j'me suis, je suis partie d'la maison quatre mois avec mon fils, (...) parce que là, on était rendu dans une dynamique là... c'tait malsain. - Lucie

Fallait des fois que j'lui dise : « (...) OK. Ça suffit là. Tsé, on sait que là t'aimes pas ça, t'es pas bien, mais tu l'as exprimé là, mais là eh... essaie de faire que'qu'chose pour améliorer ça ou... pour pas qu'ce soit à nous d'absorber toutes tes, tes sautes d'humeur. ». - Flavie

Il semble donc que l'établissement commun et indispensable de limites, pour chacune des mères, ait été motivé pour diverses raisons. Certaines l'ont fait pour sauver leur fille, d'autres pour sauver la famille ou ses membres, et d'autres pour se sauver elles-mêmes afin de ne pas se perdre complètement en étant emportées par les conséquences de l'AM de l'adolescente.

Toutefois, il apparaît surtout que, dans la dyade mère-fille, un travail partagé de distanciation, de différenciation interpersonnelle et de respect individuel s'effectue au cours de l'AM de la jeune, chacune demeurant importante pour l'autre et attachée à l'autre en apprenant d'elle-même et de l'autre.

Tandis que ces apprentissages effectués se voient effectivement liés aux enjeux de limites personnelles et de frontières interpersonnelles, en partie soulevés par la majorité des mères dans le déroulement de l'anorexie de leur adolescente, ce travail personnel et relationnel se dévoile être un réel défi pour toutes les mères au sein d'un cheminement soutenu.

« Quand j'cuisine, j'veux pas que tu sois là. » C'est comme (...), y'a fallu que j'fasse... un geste conscient, quasiment contre moi. Parce que là, c'tait, tsé j'disais : « OK. Non, là j'vais retrouver ce plaisir-là. ». (...) J'pense que les mamans on a plus de misère à mettre les limites avec nos enfants, pis c'est pas toujours positif (...). C'est pas facile en tant qu'maman de prendre cette distance-là, parce que tu l'aimes ton enfant. - Christine

Des fois c'tait pas évident à... Oh! Parc'que... tsé, j'voulais pas réagir trop fort non plus, mais (...): « Hey! Ça va faire là! ». - Flavie

C'tait ça qu'y'était difficile pour moi (...), de m'sentir à l'aise d'la forcer à faire quelque chose, de dire : « Non, là ça suffit. ». (...) Après ça, fallait qu'j'continue d'les mettre mes limites (...), fallait qu'j'le fasse pour moi en fait. - Aline

Malgré ce défi pour elles, plusieurs mères considèrent qu'il aurait été profitable d'être orientées plus tôt dans le processus de rétablissement de leur fille à employer ces stratégies de lâcher-prise puis de reconnaissance, de respect et de mise en place des limites individuelles et interpersonnelles. En effet, ces attitudes seraient bénéfiques et essentielles tant pour elles que pour leur fille et les autres membres de la famille, et ce à travers l'épreuve comme pour la suite.

Quand j'étais vraiment à boutte (...), j'ai dit (à la fille) : « Arrange-toi avec tes troubles! ». Pis là, (rires) y'a une infirmière qui m'a (...) r'gardée : « Ça a pris du temps! ». - Mireille

C'est ça qu'y'est long : c'est que tu t'rends compte, c'est que (...), tu peux juste mettre tes limites à toi (...). J'aurais aimé ça que, qu'on m'explique un peu plus... qu'est-ce qui faut que j'fasse. À la limite, qu'on nous dise : « Ben là, y faut qu'vous la laissiez aller, faut pas que vous vous en mêliez. ». - Christine

## **Retombées**

Avec un recul sur la période active du trouble alimentaire de leur fille, toutes les mères soulignent être marquées par leur expérience de façon permanente et irréversible. La période de l'anorexie de leur adolescente semble signer l'annonce d'un tournant de vie important pour elles-mêmes et pour l'ensemble de la famille.

Même si ça va mieux... j't'encore, j'ai une cicatrice qu'y'est encore rouge... Ça m'a marquée au fer (...). La vie est tellement... différente, a d'autres lunettes. - Mireille

J'pense ça reste tout l'temps comme en toile de fond. - Flavie

Ça a complètement changé nos vies (...), mais y va toujours avoir une partie d'mon cœur que... ça reste là, pis que ça guérira jamais. - Lucie

Particulièrement, la relation mère-fille apparaît changée pour les mères rencontrées. Pour certaines, malgré qu'elles considèrent qu'un sain détachement s'est installé avec leur fille, une fragilité relationnelle perdure avec, en partie, une méfiance entretenue envers leur fille en regard de ses mensonges et comportements de manipulation perçus au cours de la maladie. Pour d'autres, la relation semble avoir évolué vers une version améliorée dotée de qualités de communication, d'écoute, de sensibilité, d'empathie, de compréhension, de collaboration, d'authenticité et de confiance.

On recommence... à construire (la relation mère-fille) tranquillement, tsé. Pis ça, ça reviendra pas comme c'était. (...) A l'a sa vie (...). C'est un, une évolution que j'trouve normale (...). C'est pas mauvais cet espèce... de détachement-là (...). C'est comme plus une distance saine (...). Maintenant de dire que j'ai confiance en elle... - Christine

Tranquillement pas vite s'estompe un peu la méfiance (...). J'accepte encore, et sinon plus, son désir d'autonomie et d'indépendance (...). Est toute seule, dans, dans toute sa liberté! J'dis : « J'ai-tu à m'en mêler ? Non. ». J'dis : « La journée qu'a voudra des p'tits plats, a me l'dira. »... A l'a pas faite, jusqu'à un an plus tard : c'est elle qui me l'a d'mandé. - Mireille

Là on a, on peut dire qu'on est des amies, dans l'sens où eh, a... est assez confiante en elle pour prendre (des propos de la mère), mais juste aller consulter, pis, pis moi aussi tsé, j'ai, j'ai appris à... plus ce détachement (...). On a évolué là-d'dans (...), on est très proche tsé, on va vraiment tout s'dire (...), on est très eh, sensible une à l'autre, pis on peut beaucoup s'aider (...). On n'a pas besoin d'se rassurer (...): de l'authenticité j'dirais. - Aline

Le chemin parcouru, eh... tsé y'a été important, puis pour notre relation aussi (...). Tsé, dans tout ça, je l'ai pas perdue. Tsé, est encore là, pis encore plus. - Flavie

On est tellement capable de s'comprendre (...), la confiance qu'on a une envers l'autre (...). On essaie (...) d'appliquer un mode de vie, parce qu'elle me donne des trucs (...) pour changer ma façon d'penser, changer mon regard eh (...), face à, tsé eh, ces comportements de société (...), de ce que on peut appeler ça un trouble alimentaire fonctionnel. - Lucie

Autrement, les mères retiennent unanimement avoir vécu une croissance personnelle à travers l'expérience de l'AM de leur fille. Elles développent surtout une forme de résilience, une ouverture sociale et une bienveillance envers elles-mêmes et leur entourage. Entre autres, une mère éprouve aujourd'hui de la compassion envers sa propre mère, malgré leur relation abîmée depuis longtemps. Par ailleurs, la plupart des mères développent une meilleure connaissance d'elles-mêmes et se portent une tolérance et de l'affection, tel qu'en réduisant leurs préoccupations et comportements néfastes liés à l'image corporelle et à l'alimentation et en prenant soin d'elles, soit en verbalisant et en respectant leurs limites.



Au début, j'aurais pas dit : « *My God*, je vais en ressortir eh... grandie. ». Mais j'pense que face à moi, ça m'a aidée à m'accepter (...). - Flavie

J'ai beaucoup grandi là-d'dans (...). Être capable de... tsé de prendre un certain recul (...). Cette affaire-là (le trouble), ça m'a appris aussi à, moi, à mettre mes limites. - Christine

J'suis beau... beaucoup plus forte. Pis j'capable de... de relativiser (...), pis eh : « Bon ben, r'garde : si y'a ça qui nous tombe dessus, ben on va faire avec. ». (...) Là j'comme avec un regard dif, vraiment différent sur la vie, dans son sens large. - Mireille

Ton regard change sur plein d'choses (...). J'ai commencé à mettre davantage mes limites (...), pis être complètement honnête avec moi-même (...). C'est quelque chose (l'épreuve) qui a quand même changé ma vie beaucoup, parce que ça m'a permis vraiment d'cheminer (...). Même envers ma mère, avec qui j'avais pas vraiment un bon lien, ça l'a fait que j'ai pu voir ben qu'ma mère a l'a vraiment fait tout c'qu'a l'a pu comme a l'a pu! (rires) - Aline

J'suis devenue la femme au point de vue personnel que je rêvais d'être (...). Mon but c'tait d'être humaine, pis d'être capable d'aider pis de redonner aux gens. Pis j'pense que si j'le fais aujourd'hui (...), cette écoute-là, c'est toute due à... à ce cheminement-là. - Lucie

Enfin, tel qu'avancé par ce dernier passage, toutes les mères manifestent, en conclusion de leur expérience vécue en lien avec l'AM de leur adolescente, vouloir donner au suivant. Soit en vue d'offrir le soutien spécifique qu'elles auraient elles-mêmes espéré d'un parent vivant ou ayant vécu la même réalité, soit, apparemment, en persévérant à donner un sens à leur expérience.

Si j'pouvais aider juste un parent là (...) : « Ben ga! Décourage-toi pas. ». Tsé, j'veux dire, juste ça là, si j'aurais pu avoir à c'moment-là, moi, une personne, tsé, qui vivait ou qui l'a vécu (...). Partager, justement, ça nous fait grandir (...). Faut qu'ça serve à que'qu'chose, tsé, j'veux dire, tu peux pas vivre des affaires de même pis mettre ça dans une boîte. - Lucie

## Discussion

### Résumé des résultats en association avec la littérature théorique et empirique

Cette étude visait à faire sens de l'expérience subjective des mères en adaptation à l'AM de leur adolescente, sur les plans cognitif, affectif, comportemental et social en particulier, en intégrant la compréhension de leur réalité au sein de facteurs socioculturels les concernant. Quatre catégories de thèmes saillants ont émergé des résultats de l'étude. La synthèse de l'expérience subjective et singulière des cinq participantes a ainsi mis de l'avant qu'en lien avec l'AM de leur fille, les mères arborent un rôle central, vivent une lourde expérience psychoaffective, traversent et surpassent des enjeux de limites individuelles et de frontières interpersonnelles spécialement en relation avec leur fille, puis retiennent des retombées signifiantes à long terme de leur expérience vécue.

**Rôle central.** La compréhension du rôle central incarné par les mères participantes en lien avec l'AM de leur adolescente paraît s'intégrer au contexte culturel et social, duquel dérivent certaines de leurs particularités tirées de leurs statuts de mère et de femme qui les sollicitent fortement à s'impliquer auprès de leur fille.

D'abord, au-delà de la construction socioculturelle de maternage qui admet que les mères sont souvent reconnues comme principales figures de soins (Bezance et Holliday, 2014) et tenues responsables du bien-être et des enjeux psychodéveloppementaux de leur enfant (Tuval-Mashiach et al., 2014), les participantes expriment instinctivement désirer, voire avoir intrinsèquement besoin en tant que mères, de sauver leur fille de ses difficultés vécues, et ce au risque de s'y abandonner en renonçant à une partie d'elles-mêmes pour y parvenir.

Ensuite, les mères reconnaissent être elles-mêmes confrontées, en même temps que leur fille, au message social véhiculé quant à l'image corporelle féminine favorisant le développement de comportements alimentaires inappropriés. Elles avancent comprendre particulièrement, et davantage que les pères à leur avis, une partie de la nature de l'AM de leur adolescente en se sentant elles-mêmes interpellées par la problématique d'une certaine façon. Cette constatation laisse croire que les mères tendent à inclure d'emblée, dans leur perception de l'étiologie de l'AM de leur fille, la perspective socioculturelle occidentale. Celle-ci énonce qu'une pression importante est exercée sur les femmes pour atteindre un idéal de minceur corporelle par l'entremise d'attitudes alimentaires et comportementales nuisibles à leur santé, tel qu'abordé par Maor et Cwikel (2016). Par ailleurs, ces auteurs adressent la responsabilité spécifique de la mère quant au bien-être de sa fille, où elle devrait lui servir de modèle de résistance face à la pression culturelle liée aux stéréotypes corporels féminins, grâce à son objectivité et à sa perception différente de la silhouette développées à travers son expérience et sa maturité. Toutefois, l'aptitude de la mère à protéger sa fille contre les idéaux culturels de beauté véhiculés, liés au développement de l'insatisfaction corporelle et aux comportements alimentaires inappropriés, dépendrait de l'attitude qu'elle tient elle-même face au discours social lié au genre, au poids et à la santé (Maor et Cwikel, 2016). En résonance avec ces propositions, les mères de cette présente étude soutiennent devoir elles-mêmes réagir à cette influence culturelle féminine tout en servant d'exemple réactionnel sain pour leur fille en considérant les effets qu'ont sur elles leurs propres attitudes corporelles et alimentaires.

Ainsi sollicitées par le trouble de leur fille, les participantes endossent un rôle pilier par une implication notoire auprès d'elle et en lien avec les exigences de la maladie et de son traitement. En réaction à l'AM de leur adolescente, les mères apparaissent effectivement s'engager activement dans les trois types d'activités soumises par Honey et Halse (2005). En visant à améliorer la condition de leur fille (activités dirigées), à pallier les implications de la maladie (activités parallèles) et à bonifier leurs capacités parentales à soutenir leur fille et à affronter l'adversité (stratégies de fondation) (Honey et Halse, 2005), les participantes se montrent disponibles pour leur fille, se chargent des repas, du transport et de la présence parentale à ses suivis de santé. Elles s'attardent aussi à préserver la dynamique familiale et le bien-être de chacun tout en cherchant du support, des informations et des indications à ces fins.

Ces engagements, tâches et obligations à l'égard de l'AM de l'adolescente occupent tant d'espace et de temps pour ces mères qu'elles soulignent en arriver à se mettre de côté et à s'oublier. Dans la traversée de l'expérience d'accompagner son enfant atteint du trouble, plusieurs d'entre elles ont l'impression de se perdre personnellement, et comme couple aussi pour certaines, alors qu'elles perçoivent vivre une réalité distincte de leur conjoint face à l'épreuve. De fait, les participantes rapportent sacrifier des aspects de leurs sphères personnelle, familiale, sociale et professionnelle en vivant des répercussions déplorables sur leur santé et sur leur qualité de vie. Force est de constater la présence d'une grande abnégation de soi, soulignée par ces mères, qui s'apparente aux résultats de précédentes études, telles que celle de Bezance et Holliday (2014) où des mères se décrivent « esclaves » de l'AM de leur fille autour de laquelle elles organisent leur vie, au point d'en perdre leur sens de soi. Défavorablement, la grande qualité d'abnégation de soi des mères semble manifestement contribuer, malgré elles, à leur fardeau et à leur détresse vécue.

À la fois centralement sollicitées, impliquées et éprouvées à l'égard de la maladie de leur adolescente, la majorité des mères participantes tendent à s'approprier, en quelque sorte, l'expérience du trouble qu'elles ont vécu conjointement auprès d'elle.

**Expérience psychoaffective.** L'implication et les soucis prééminents des mères participantes en lien avec le trouble de leur fille se présentent accaparants pour elles qui y portent une charge psychoaffective importante. Elles vivent d'abord une secousse émotionnelle à l'annonce du diagnostic d'AM, avant de traverser une série constante d'inquiétudes, de pensées,

d'interrogations et de remises en question liée à des émotions frappantes, instables et ambivalentes de peur, culpabilité, impuissance, tristesse, colère et solitude notamment.

Les propos des mères les illustrent comme étant ainsi surchargées par la maladie de leur fille, et ce tant objectivement que subjectivement, ce qui s'apparente aux deux composantes (subjective et objective) à travers lesquelles Hoenig et Hamilton (1966) conceptualisent le fardeau des proches de personnes présentant une maladie mentale sévère. Le fardeau objectif réfère aux implications et aux répercussions concrètes de la maladie sur la famille, incluant les symptômes de l'adolescente, la santé affectée des proches, les changements observés dans la dynamique familiale, puis les tâches, les finances et le temps requis par les soins. De son côté, le fardeau subjectif est relié à la qualité de vie perçue des proches et à leur niveau de détresse psychologique (Schene, 1990).

À cet égard, plusieurs participantes expriment le besoin d'avoir un répit de leur fardeau instrumental et psychologique perçu lié au trouble pour en décrocher d'une quelconque façon. D'autres besoins dérivent aussi de l'expérience psychoaffective que les mères rapportent. En se dévoilant déroutées quant à la nature de l'AM, son déroulement, son traitement et la façon dont elles peuvent ou devraient intervenir à travers les réponses reçues des professionnels de soins, qui seraient à leur sens variables et parfois manquantes, on devine leur besoin criant d'être d'une part orientées par des informations, des explications, des recommandations et des directives à ces effets. En même temps qu'elles cherchent à combler leurs besoins de comprendre la situation et d'aider leur fille adéquatement, les participantes évoquent d'autre part les besoins d'être personnellement considérées, supportées et validées à travers leur malheur. Elles affirment en effet se sentir exclues des services de soins, incomprises par leurs proches comme par leur entourage plus large, et ainsi isolées de leur environnement social, en plus de s'en couper elles-mêmes vu les exigences et les complexités liées au trouble et à son traitement. Ces dernières observations convergent entre autres avec celles des travaux de Haigh et Treasure (2003) et de Graap et al. (2008) qui ont mis en relief des besoins d'information et de soutien à combler chez des proches d'adolescentes souffrant d'AM.

Pareillement aux conclusions de recherches qui ont révélé que les réactions émotionnelles des proches face à l'adolescente atteinte d'AM peuvent les mener à intervenir maladroitement auprès d'elle en ne sachant pas comment s'ajuster à l'adversité présentée par la maladie (Highet et al., 2005; Kyriacou et al., 2008b), plusieurs participantes de la présente étude constatent que

leur charge psychoaffective peut nuire à leurs façons de réagir auprès de leur fille. Malgré tout, ces mères soutiennent se démenent avec dévotion à solutionner le trouble et à s'y adapter de différentes façons. En plus de leur travail actif rapporté en termes d'essais-erreurs et de recherche d'outils quant à leurs stratégies d'intervention visant à aider à la situation, les participantes tentent de gérer leurs émotions vécues. Elles semblent atténuer, en partie, leur incompréhension, leur culpabilité et leur impuissance face à l'AM de leur adolescente en développant une perception complexe de l'étiologie de la maladie, et ainsi de la clé de sa résolution. Elles répartissent l'attribution de la responsabilité du trouble sur leur fille, sur elles-mêmes et sur des facteurs biologiques et environnementaux. Cependant, à travers leurs efforts déployés, l'impression de contre-productivité des mères, traduisant des sentiments d'incompétence et d'échec, peut éclairer une facette de leur détresse constatée.

Ainsi, dans un premier temps, la réponse d'ajustement des participantes face aux circonstances adverses vécues paraît s'inscrire au sein du modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), soit à travers les deux types de stratégies d'adaptation qu'il dégage : celles dites centrées sur la résolution du problème, qui correspondent aux efforts visant à modifier la situation stressante, puis celles dites centrées sur les émotions, qui réfèrent aux efforts visant la modification des émotions engendrées par le problème. Toutefois, ce modèle précise bien que lorsque la situation affrontée échappe au contrôle de la personne, des efforts répétés s'avèrent inutiles, épuisants et nocifs pour la santé à long terme, tout comme semblent l'expérimenter ces mères à travers la nature chronique et difficilement maîtrisable de l'AM de leur fille. En contrepartie, Seligman (2011) avance que des stratégies associées aux composantes du bien-être se révèlent davantage adaptatives, particulièrement en favorisant des relations interpersonnelles positives et l'accomplissement de soi. C'est d'ailleurs de telles stratégies qui, dans un deuxième temps, se montreraient essentielles pour les mères participantes de cette étude dans un travail de distanciation, de différenciation et de respect personnel conjointement effectué avec leur fille.

**Limites et relation mère-fille.** Ces dernières stratégies employées par les participantes apparaissent liées à un autre aspect problématique que plusieurs d'entre elles soulignent percevoir dans le développement de l'AM de leur fille. De fait, ces mères considèrent d'elles-mêmes des processus intrapsychiques contribuant au trouble de leur adolescente, qu'elles définissent tel un problème de limites personnelles et interpersonnelles imbriquées à leur relation mère-fille. Des participantes identifient la présence d'une relation fusionnelle avec leur fille où elles se voient à

travers elle, en épousant la posture de celle-ci comme si c'était la leur, ou en projetant sur elle leurs aspirations personnelles. D'autres rapportent plutôt avoir l'impression de surprotéger leur fille, malgré elles, en lui accordant trop d'attention ou en entreprenant des actions à sa place, tel qu'en situation d'adversité ou de résolution de problème. Certaines mères expliquent cette dynamique établie avec leur fille en fonction de leurs défis antérieurs vécus avec leur propre mère. Ces propositions font écho à celles de plusieurs auteurs. Notamment, Owen (1973) suggère que des mères de personnes atteintes d'AM tendent à se sur-identifier à leur fille, par un processus psychique d'identification projective qui se traduirait par des comportements maternels de contrôle et de sur-implication. Selon cet auteur, la mère projetterait sur sa fille ses propres complexes, désirs et idéaux liés à la féminité en la considérant comme une extension narcissique d'elle-même. Sours (1974) propose ainsi que la domination et l'imposition des propres souhaits de la mère sur sa fille mèneraient celle-ci vers une forme de soumission, créant un sens de fusion dans la dyade. De son côté, Bruch (1973) défend que le développement précoce des relations d'objets avec la mère semble critique, où une mère surprotectrice et intrusive entraverait l'autonomie et l'autorégulation de son enfant. Conséquemment, un sens de soi confus serait central à l'origine de l'AM, la jeune femme atteinte voyant son identité paralysée par un sentiment d'impuissance marquant des difficultés d'autonomie et de séparation de sa mère. En effet, le processus développemental de séparation-individuation à l'adolescence s'effectuerait difficilement chez les filles qui vivent ce contexte fusionnel avec leur mère. Une complication supplémentaire peut être envisagée pour les adolescentes dans l'accomplissement de cette tâche normative de distanciation et de différenciation, étant donné la nature de leur formation identitaire psychosexuelle. Il est effectivement suggéré qu'elles luttent à chercher naturellement à la fois à se séparer de leur mère et à l'adopter comme premier modèle d'identification féminine (Beattie, 1988; Owen, 1973). L'expérience des mères de cette étude en relation avec leur fille semble en partie se rallier à ces derniers enjeux proposés. Préalablement à l'AM, plusieurs des participantes indiquent une dynamique relationnelle enchevêtrée avec leur fille, par des frontières interpersonnelles plutôt perméables, qui évolue ensuite, lors de l'installation et du déroulement du trouble, en dynamique instable et conflictuelle oscillant entre l'éloignement et la proximité. Plus précisément, l'ensemble du discours de ces mères propose que l'épisode d'AM met à jour la présence de conflits intrapsychiques individuels et interpersonnels à l'adolescence de leur fille. D'une part, selon les dires spécifiques de certaines participantes, elles perçoivent que leur

adolescente se montre en quête d'autonomie et d'indépendance en cherchant à développer sa confiance en soi, à obtenir le contrôle sur le peu de choses qu'elle peut contrôler à son âge, telles que son alimentation et son poids, à être responsable de son propre avenir et à délimiter sa sphère personnelle et intime. D'autre part, des mères mentionnent que leur fille s'attarderait à se définir distinctement d'elles en départageant leurs points de vue et leurs aspirations respectives. Par ailleurs, des mères rapportent aussi que leur fille leur reprocherait, entre autres, l'influence nuisible qu'aurait sur elle le manque d'écoute et de respect qu'elles se portent elles-mêmes à travers leur individualité et dans leurs attitudes quant à leur image corporelle, alors que la fille tendrait en effet à imprégner les comportements de son modèle maternel.

Ainsi, comme il est soutenu par Sharkey-Orgnero (1999), les participantes se trouvent confrontées aux chamboulements qui sembleraient associés tant à l'adolescence de leur fille qu'à ceux liés à l'AM. En se ralliant aux propos de plusieurs autres auteurs, ces mères décrivent, au sein d'une relation réciproque d'attachement indéniable avec leur fille, une interaction vécue avec elle pendant le trouble marquée de différends, d'accusations et parfois d'hostilité (Lattimore et al., 2000) où elles se heurtent à ses altérations d'humeur (Martín et al., 2013), à ses comportements de manipulation perçus (Gilbert et al., 2000) et au contrôle personnel qui peut lui être attribué quant à la maladie (Fox et Whittlesea, 2017). Certaines en viennent à éprouver une méfiance envers leur fille (Gilbert et al., 2000) et à avoir l'impression de la perdre (Highet et al., 2005).

Un travail de distanciation et de différenciation paraît dès lors imposé par la situation vécue dans ce contexte pour les participantes qui l'effectuent donc conjointement avec leur fille. En se constatant éreintées dans leur rôle d'aidant prédominant et infructueux, nuisible même, tout comme en observant les répercussions néfastes de l'AM sur toute la famille, les mères aboutissent à constater la nécessité fondamentale d'installer différentes limites. Celles-ci paraissent imposées primordialement par la situation vécue, que ce soit pour la survie de leur adolescente atteinte, pour la leur ou pour celle des autres membres de la famille. D'un côté, ces mères soulignent avoir constaté le besoin ultime de lâcher-prise sur leur acharnement contre-productif à tenter de résoudre le trouble alimentaire de leur fille, qui n'est pas le leur. En même temps, elles instaurent des limites misant à protéger celle-ci du trouble, elles-mêmes et le reste de la famille qui se voient tous négativement impactés par les circonstances de la maladie comme par certains comportements tenus par l'adolescente atteinte qui y sont associés. D'un autre côté,

toutes les participantes s'engagent aussi dans un travail de respect personnel en imposant d'autres limites visant, d'une part, à se préserver pendant l'épreuve pour être en mesure de la traverser tout en continuant de vivre. Dans ce cheminement personnel, certaines mères expliquent avoir dû détacher leurs pensées, désirs, activités et espaces de ceux de leur fille pour mutuellement se distinguer et se respecter. D'autre part, plusieurs travaillent à se montrer tolérantes et bienveillantes face à leur image corporelle et aux attitudes qu'elles y portent pour prendre soin d'elles-mêmes et servir d'exemple de résilience pour leur fille à cet effet.

Ces dernières stratégies ainsi décrites par l'ensemble des mères ont paru faire office d'éléments-clés contribuant à aider au dénouement de certains enjeux vécus, tant de leur côté que de celui de leur adolescente, en préservant aussi la famille, en partie, à leur avis. Similairement, Brandtstädter et Renner (1990) relèvent d'ailleurs une meilleure adaptation chez les individus qui intègrent simultanément deux stratégies d'ajustement, soit d'agir pour transformer la réalité (assimilation) puis de réviser leurs objectifs, attentes et priorités (accommodation). Ce faisant, les participantes dégagent l'utilisation de ces dernières stratégies en adaptation à l'AM de leur adolescente comme constituant un réel défi pour elles, à travers un cheminement continu pour y parvenir. Cela étant, certaines mères expriment qu'elles auraient bénéficié d'être orientées plus tôt à inculquer ce type de dispositions dans le processus de rétablissement de leur jeune.

**Retombées.** L'ensemble des mères de cette présente étude affirment que l'AM de leur adolescente marque un tournant de vie pour elles et pour toute la famille. Pour leur part, elles conservent une blessure qui est lente à guérir, voire permanente, à la suite de la période active du trouble. De la même manière, des mères de l'étude de Tuval-Mashiach et al. (2014) signalent que le trouble de leur fille a changé le cours de leur vie, et d'autres mères de l'étude de Hoskins et Lam (2001) précisent que les angoisses vécues perdurent suite à la résolution de la maladie.

L'évolution de la dyade mère-fille à la sortie de la phase aiguë de l'AM, décrite par les participantes de la présente étude, s'agence aussi aux changements extrêmes, positifs ou négatifs, qui sont notés par des auteurs tels que Gilbert et al. (2000). À travers une saine distanciation qui se serait instaurée avec leur fille, certaines participantes rapportent demeurer quand même méfiantes envers elle suite à ses attitudes de manipulation perçues pendant l'anorexie. D'autres mettent plutôt de l'avant des qualités relationnelles qu'elles partageraient avec leur fille suite à leur expérience, telles que la communication, la sensibilité, la compréhension, l'entraide, la confiance et l'authenticité.



En accord également avec certains auteurs qui ont mis en lumière une maturation personnelle, des qualités d'empathie et de compassion, puis des stratégies adaptatives de résolution de problèmes développées chez les proches suite au TCA (Fox et al., 2017; Garley et Johnson, 1994), les mères de cette étude déclarent à l'unanimité retirer de leur expérience une croissance personnelle. Plus spécifiquement, plusieurs mères expriment que cette expérience leur a permis de développer une meilleure connaissance de soi, une bienveillance accrue envers elles-mêmes et autrui et une résilience face aux nouveaux défis. En effet, il semble que le caractère adaptatif des stratégies de tolérance et de lâcher-prise expérimentées par les participantes, suite à un long cheminement au cours du trouble de leur fille, implique un processus de transformation intérieure (McCraken et al., 2007; Jaffe et Scott, 1988).

Enfin, avec un recul sur la période active de l'AM, les participantes expriment espérer aider un parent concerné par la même expérience. Certaines éveillent alors leur propre besoin lors de leur expérience vécue, qui n'a pas été comblé pour la plupart d'entre elles, de trouver du soutien auprès d'autres parents vivant une réalité semblable à la leur, de la même façon que les observations de Delbaere-Blervacque et al. (2009) l'ont démontré. Par ailleurs, prenant en compte le rôle adaptatif de la quête de sens et de l'acceptation proposé par Hartmann (2008), il est suggéré qu'un besoin de donner un sens à l'épreuve vécue par les mères, pour soulager une partie de leur blessure qui perdure, transcende leur désir de donner au suivant.

### **Limites de l'étude**

Certaines limites peuvent être considérées dans cette présente recherche. D'abord, en conformité aux recommandations d'échantillonnage de l'API, celle-ci offre une lecture étoffée et singulière de l'expérience de cinq participantes partageant des caractéristiques relativement homogènes (Smith et al., 2009). La généralisation des résultats à d'autres mères concernées par l'AM de leur adolescente se voit donc restreinte. Les résultats devraient aussi être interprétés avec prudence alors que certaines spécificités que présentent les participantes peuvent teinter distinctement leur expérience vécue de celle d'autres mères, telles que celles qui seraient plutôt concernées par l'AM d'une fille d'un âge différent ou n'ayant pas vécu de période d'hospitalisation. En plus, l'impact possible des différences individuelles des mères, de leur fille et de leur famille sur leur expérience vécue devrait être envisagé. Pareillement, il est important de spécifier que la réalité subjective recueillie des participantes peut être influencée par les

particularités possibles des services de soins du Québec qu'elles ont expérimentés en lien avec la maladie de leur adolescente et qui pourraient différer de celles de services issus d'ailleurs. Cela dit, les participantes de cette étude, provenant de régions tant urbaines que rurales du Québec, nous offrent un plus vaste aperçu des services que cette province propose en lien avec l'AM.

Également, la nature volontaire de la participation des mères à cette recherche peut impliquer un biais de sélection orientant vers une certaine expérience rapportée. Par exemple, on pourrait présumer que les participantes enclines à participer ont été notablement concernées et marquées par l'AM de leur fille, ou encore qu'elles tirent des aspects positifs de leur expérience qui les rendent disposées à en parler et qu'elles ont envie de partager. De surcroît, un biais de rappel pourrait être présent dans le discours des participantes qui ont parlé de leur expérience en rétrospective de la période active de l'AM de leur adolescente. Toutefois puisque l'API apprécie la vision de la réalité vécue du sujet à travers le sens que celui-ci lui accorde, cette limite se voit assouplie (Smith et al., 2009). Par ailleurs, ce caractère rétrospectif paraît utile pour cette recherche qui souhaitait explorer tant les volets à court, moyen et long termes de l'adaptation des mères à la maladie de leur fille. Ce recul s'est également révélé profitable pour les participantes alors disposées à articuler leur expérience de façon éveillée, en soulevant des retombées significatives tant positives que négatives ressorties à plus long terme de leur épreuve vécue.

Finalement, l'API admettant également la subjectivité du chercheur dans la construction partagée de la compréhension de la réalité du sujet (Ponterotto, 2005), celle-ci est teintée des connaissances et expériences de la chercheuse étudiante et de sa directrice de recherche en lien avec l'objet d'étude. Ainsi, Dominique Meilleur, co-chercheuse de cette étude, a longuement œuvré en tant que psychologue clinicienne auprès d'une clientèle présentant un TCA et de leurs proches, en plus d'être une chercheuse expérimentée en lien avec cette population. Pour sa part, la chercheuse étudiante de cette étude complète une scolarité universitaire en psychologie clinique suite à un cursus en sciences de la santé aux cycles supérieurs et détient une expérience de travail de soutien auprès d'individus concernés par les TCA.

### **Implications cliniques et directions futures**

D'abord, cette étude offre une compréhension approfondie de l'expérience des mères d'adolescentes souffrant d'AM et ouvre une fenêtre sur les enjeux et les changements survenant pour elles surtout aux plans cognitif, affectif, comportemental, individuel et interpersonnel.

De plus, cette mise en lumière de leur expérience peut contribuer à orienter des interventions possibles et des services adaptés aux besoins et aux difficultés identifiées par ces femmes, alors que la majorité de celles-ci tendent à se percevoir exclues des services de soins et dénoncent un manque flagrant de ressources disponibles pour elles dans cette situation au Québec. Si les problèmes de soins, sur lesquels l'expérience des mères attire l'attention, s'avéreraient confirmés, il serait recommandé que la famille puisse être considérée par les professionnels de la santé comme étant concernée par l'AM de la personne atteinte, étant donné leur implication notoire et les répercussions vécues auprès d'elle en lien avec le trouble. Les résultats de cette étude suggèrent particulièrement la pertinence de transmettre rapidement aux mères des informations, explications, recommandations et directives claires et concrètes pour comprendre le déroulement de l'AM de leur fille, les aider à savoir comment intervenir sans nuire, et pour être précocement amenées à mettre en place des mécanismes d'ajustement adaptatifs en accompagnant leur jeune à travers cette problématique. L'accessibilité à des groupes de soutien (en milieu hospitalier, clinique ou communautaire) composés de parents, ou plus spécifiquement de mères, vivant ou ayant vécu une expérience semblable quant à l'AM de leur adolescente, pourrait aussi se montrer profitable pour ces mères. Ces groupes, comme une relation de parrainage avec une autre mère concernée, pourraient en partie atténuer le sentiment de solitude trouvé chez les participantes de cette étude et leur offrir un lieu d'expression et de support dans une collaboration d'écoute empathique et de partage, tout en contribuant à combler le besoin de celles qui désirent aider son prochain à la sortie de l'épreuve.

Ensuite, puisque l'implication maternelle s'avère fortement sollicitée dans les interventions auprès des personnes atteintes d'AM, adapter les services de soins aux besoins des mères et à leurs enjeux vécus reliés au trouble de leur fille pourrait les disposer à mieux soutenir celle-ci dans son rétablissement.

Par ailleurs, cette étude peut encourager les familles concernées par les TCA, tout comme les professionnels de la santé et la population générale, à participer à déconstruire les influences et les mythes socioculturels qui complexifient leur expérience. Elle peut aussi les amener à reconstruire, pas à pas, un discours qui inclut d'une part leurs enjeux vécus à l'égard de ces troubles qui sont actuellement incompris par la société, et qui comporte d'autre part un message sain face aux attitudes corporelles et alimentaires liées à l'image corporelle.

Enfin, en considérant que des préoccupations et attitudes nuisibles à l'égard du corps et de l'alimentation sont socialement répandues chez les femmes, où certaines développent un problème d'AM (Pike et Rodin, 1991) qui implique des impacts néfastes majeurs sur la personne atteinte (Beumont et Touyz, 2003) comme sur son entourage, il apparaît important que d'autres études qualitatives et quantitatives soient dirigées pour supporter et enrichir les connaissances et conclusions tirées de cette étude. À cet effet, il pourrait être intéressant de comparer l'expérience vécue des participantes de cette recherche avec celle de mères partageant différentes spécificités (p. ex. avec une fille atteinte d'AM à l'enfance ou à l'âge adulte et n'ayant pas vécu d'hospitalisation). Tandis que les mères rencontrées semblent avoir ultimement surpassé les défis liés à la période active de la maladie et en avoir retiré certains aspects positifs, il pourrait être important de lever le voile sur celles qui persistent à pallier difficilement à celle-ci, afin de noter les variables contributives à leur détresse vécue comme à leur résilience développée. Enfin, un regard sur l'expérience de la personne atteinte, et sur celle des pères et de la fratrie qui semblent eux aussi demeurer dans l'ombre des impacts de l'AM, se révélerait surtout pertinent. Le contraste de leur réalité avec celle des mères pourrait orienter vers des services différenciés et complémentaires répondant à leurs besoins peut-être distincts.

### **Conclusion**

Cette étude employant l'API permet d'illuminer plusieurs aspects notables de l'expérience subjective de mères en adaptation à l'AM de leur adolescente sur les plans individuel et interpersonnel. Ces mères incarnent un rôle central, alors qu'elles expriment être remarquablement sollicitées, impliquées et éprouvées à l'égard de l'AM de leur fille où elles font preuve d'abnégation de soi. Elles vivent également une charge psychoaffective importante et traversent des enjeux de limites individuelles et de frontières interpersonnelles en étroite relation avec leur adolescente. Leur réalité vécue signe aussi un tournant de vie pour elles, qui se manifeste par une croissance personnelle et des changements observés dans leur relation mère-fille, après quoi elles désirent donner au suivant à la sortie de l'épreuve. Enfin, leur besoin criant de soutien, exprimé dans l'accompagnement de leur fille atteinte d'AM, met de l'avant l'orientation de services pouvant les aider à s'ajuster à travers leur rôle prééminent adopté auprès d'elle. De futures études sont de mise pour enrichir les connaissances sur cette population.

## Références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite "qualitative" : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 2(1), 5-31. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R. et Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Bachar, E., Kanyas, K., Latzer, Y., Canetti, L., Bonne, O. et Lerer, B. (2008). Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughters. *European Eating Disorders Review*, 16(3), 184-190. <https://doi.org/10.1002/erv.840>
- Beale, B., McMaster, R. et Hillege, S. (2005). Eating disorders: A qualitative analysis of the parents' journey. *Contemporary Nurse*, 18(1-2), 124-132. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.18.1-2.124>
- Beattie, H. J. (1988). Eating disorders and the mother-daughter relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 7(4), 453-460. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198807\)7:4<453::AID-EAT2260070402>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198807)7:4<453::AID-EAT2260070402>3.0.CO;2-2)
- Bers, S. A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I. et Blatt, S. J. (2013). An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa: Representations of self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*, 30(2), 188-209. <https://doi.org/10.1037/a0032512>
- Beumont, P. J. et Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), 20-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1103-y>
- Bezance, J. et Holliday, J. (2014). Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Eating Disorders*, 22(5), 386-404. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.925760>
- Blondin, S. et 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. <https://doi.org/10.7202/1040105ar>
- Brandtstädter, J. et Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.58>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books.

- Buser, J. K., Parkins, R. A., Gelin, S., Buser, T. et Kearney, A. (2016). Relationships with individuals facing eating disorder symptoms: Using transcendental phenomenology to understand this experience. *The Family Journal*, 24(4), 325-334. <https://doi.org/10.1177/1066480716663204>
- Choate, L. H. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling & Development*, 83(3), 320-330. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00350.x>
- Cohn, L. (2005). Parents' voices: What they say is important in the treatment and recovery process. *Eating Disorders*, 13(4), 419-428. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260591005317>
- Cook-Darzens, S. (2009). La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale. *Thérapie familiale*, 30(3), 327-352. <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2009-3-page-327.htm>
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N. et Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 169-177. <https://doi.org/10.1002/erv.560>
- Delage, B., Melioli, T., Valls, M., Rodgers, R. F. et Chabrol, H. (2014). Étude exploratoire du vécu de la prise en charge des parents et de la fratrie de jeunes filles anorexiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(8), 508-513. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.005>
- De La Rie, S. M., Van furth, E. F., De Koning, A., Noordenbos, G. et Donker, M. C. (2005). The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. *Eating Disorders*, 13(4), 345-351. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260591005236>
- Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A. et Antoine, C. (2009). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes*, 15(3), 93-111. <https://doi.org/10.3917/psyt.153.0093>
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104-131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. et Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x>
- Espina, A., Ochoa de Alda, I. et Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 349-362. <https://doi.org/10.1002/erv.530>

- Fox, J. R. et Whittlesea, A. (2017). Accommodation of symptoms in anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 488-500. <https://doi.org/10.1002/cpp.2020>
- Fox, J. R., Dean, M. et Whittlesea, A. (2017). The experience of caring for or living with an individual with an eating disorder: A meta-synthesis of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 103-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.1984>
- García de Amusquibar, A. M. et De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(3), 225-230. <https://doi.org/10.1007/BF03325018>
- Garley, D. et Johnson, B. (1994). Siblings and eating disorders: A phenomenological perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(3), 157-164. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1994.tb00039.x>
- Gilbert, A. A., Shaw, S. M. et Notar, M. K. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders*, 8(4), 331-345. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260008251240>
- Gouvernement du Canada. (2011, mai). *Troubles des conduites alimentaires*. Anciens Combattants Canada. <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/eating>
- Graap, H., Bleich, S., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J. et de Zwaan, M. (2008). The needs of carers of patients with anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 21-29. <https://doi.org/10.1002/erv.804>
- Haigh, R. et Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11(2), 125-141. <https://doi.org/10.1002/erv.487>
- Hall, A. et Brown, L. B. (1983). A comparison of the attitudes of young anorexia nervosa patients and non-patients with those of their mothers. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 56(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1983.tb01530.x>
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14(2), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.01.002>
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A. et Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00012>

- Highet, N., Thompson, M. et King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating disorders*, 13(4), 327-344. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260591005227>
- Hillege, S., Beale, B. et McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x>
- Hoenig, J. et Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *The International Journal of Social Psychiatry*, 12(3), 165-176. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Honey, A. et Halse, C. (2005). Parents dealing with anorexia nervosa: Actions and meanings. *Eating Disorders*, 13(4), 353-367. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260591005245>
- Honey, A. et Halse, C. (2006). The specifics of coping: Parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5), 611-629. <https://doi.org/10.1177/1049732305285511>
- Hoskins, M. L. et Lam, E. (2001). The impact of daughters' eating disorders on mothers' sense of self: Contextualizing mothering experiences. *Canadian Journal of Counselling*, 35(2), 157-175. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ629089.pdf>
- Jaffe, D. T. et Scott, C. D. (1988). *Take this job and love it: How to change your work without changing your job*. Simon et Schuster.
- Keitel, M. A., Parisi, M., Whitney, J. L. et Stack, L. F. (2010). Salient stressors for mothers of children and adolescent with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 18(5), 435-444. <https://doi.org/10.1080/10640266.2010.511937>
- Kyriacou, O., Treasure, J. et Schmidt, U. (2008a). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 37-46. <https://doi.org/10.1002/eat.20469>
- Kyriacou, O., Treasure, J. et Schmidt, U. (2008b). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>
- LaMarre, A., Robson, J. et Dawczyk, A. (2015). Mothers' use of blogs while engaged in family-based treatment for a child's eating disorder. *Families, Systems & Health*, 33(4), 390-394. <https://doi.org/10.1037/fsh0000153>



- Lattimore, P. J., Wagner, H. L. et Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review*, 8(5), 355-368. [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200010\)8:5<355::AID-ERV368>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200010)8:5<355::AID-ERV368>3.0.CO;2-B)
- Latzer, Y., Ben-Ari, A. et Galimidi, N. (2002). Anorexia nervosa and the family: Effects on younger sisters to anorexia nervosa patients. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 14(4), 275-281. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2002.14.4.275>
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Le Grange, D. et Loeb, K. L. (2007). Early identification and treatment of eating disorders: Prodrome to syndrome. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 27-39. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x>
- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
- Ma, J. L. C. (2011). An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: Implications for social work practice. *Child & Family Social Work*, 16(1), 33-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00703.x>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Maor, M. et Cwikel, J. (2016). Mothers' strategies to strengthen their daughters' body image. *Feminism & Psychology*, 26(1), 11-29. <https://doi.org/10.1177/0959353515592899>
- Martín, J., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., Muñoz, P. et Quintana, J. M. (2013). Predictors of quality of life and caregiver burden among maternal and paternal caregivers of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 210(3), 1107-1115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.039>
- Mays, N. et Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
- McCabe, M. P. et Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 653-668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.004>
- McCormack, C. et McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.003>

- McCracken, L. M., Vowles, K. E. et Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 339-349. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9104-9>
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. et Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2004.00310.x>
- Minuchin, S., Rosman, B. L. et Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counselling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-360. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Ohara, C., Komaki, G., Yamagata, Z., Hotta, M., Kamo, T. et Ando, T. (2016). Factors associated with caregiving burden and mental health conditions in caregivers of patients with anorexia nervosa in Japan. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13030-016-0073-5>
- Owen, S. (1973). The projective identification of the parents of patients suffering from anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 7(3), 285-290. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3109/00048677309159762>
- Palazzoli, M. S. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa (Trans A. Pomerans)*. Chaucer.
- Papathomas, A., Smith, B. et Lavalley, D. (2015). Family experiences of living with an eating disorder: A narrative analysis. *Journal of Health Psychology*, 20(3), 313-325. <https://doi.org/10.1177/1359105314566608>
- Pike, K. M. et Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.198>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G. et Treasure, J. (2016). The objective and subjective caregiving burden and caregiving behaviours of parents of adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 310-319. <https://doi.org/10.1002/erv.2442>

- Ruiz-Robledillo, N., Romero-Martínez, Á. et Moya-Albiol, L. (2016). Blunted electrodermal and psychological response to acute stress in family caregivers of people with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(20), 1-9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2016.24>
- Santonastaso, P., Saccon, D. et Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: A preliminary study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2(1), 44-48. <https://doi.org/10.1007/BF03339949>
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297. <https://doi.org/10.1007/BF00782883>
- Schmidt, U. et Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Sepulveda, A. R., Kyriacou, O. et Treasure, J. (2009). Development and validation of the Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED) for caregivers in eating disorders. *BMC Health Services Research*, 9(1), 171. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-171>
- Sharkey-Orgner, M. I. (1999). Anorexia nervosa: A qualitative analysis of parents' perspectives on recovery. *Eating Disorders*, 7(2), 123-141. <http://dx.doi.org/10.1080/10640269908251191>
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J. et Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M. et Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539. <http://dx.doi.org/10.1080/02646839908409096>
- Smith, J. A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *The International Journal of Psychoanalysis*, 55(4), 567-576. <https://psycnet.apa.org/record/1977-21486-001>

- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. et Suarez, N. C. (2013). Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. *Eating Disorders*, 21(5), 395-407. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.827537>
- Thomson, S., Marriott, M., Telford, K., Law, H., McLaughlin, J. et Sayal, K. (2014). Adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa: parents' experience of recognition and deciding to seek help. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(1), 43-57. <https://doi.org/10.1177/1359104512465741>
- Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of the views of parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260591005254>
- Treasure, J., Murphy, T., Szukler, T., Todd, G., Gavan, K. et Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343-347. <https://doi.org/10.1007/s001270170039>
- Tuval-Mashiach, R., Hasson-Ohayon, I. et Ilan, A. (2014). Attacks on linking: Stressors and identity challenges for mothers of daughters with long lasting anorexia nervosa. *Psychology & Health*, 29(6), 613-631. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879135>
- Whitney, J. et Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230500347889>
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. et Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 444-449. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.444>
- Wilson, G. T. et Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17669-1)
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15(2), 215-228. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440008400302>
- Zabala, M. J., Macdonald, P. et Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.925>

## Annexes

### Annexe A

#### Canevas d'entretien

##### Notes préliminaires

###### **1. Questions simples pour établir le contact**

Comment est-ce que vous êtes venue jusqu'ici ? Avez-vous eu de la difficulté à trouver ?

###### **2. Introduction et remerciement**

Avant toute chose, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer.

Pour commencer, je vais vous parler brièvement des intérêts et des questionnements qui m'amènent à vouloir m'entretenir avec vous aujourd'hui. Alors, dans le cadre de mon essai doctoral en psychologie, je m'intéresse aux mères d'adolescentes et de jeunes adultes qui souffrent d'anorexie mentale. Plus précisément, je me demande comment les mères décrivent leur expérience d'avoir une fille qui souffre d'anorexie. Donc, je cherche à savoir ce que vous vivez/avez vécu et percevez/avez perçu dans cette expérience-là.

###### **3. Formulaire de consentement**

3.1. Présentation et lecture du formulaire (incluant : durée approximative prévue de l'entrevue, explication de l'existence et de la raison de l'enregistrement audio, droit de retrait à tout moment et sans justification)

Avez-vous des questions ?

3.2. Signature du formulaire

###### **4. Preamble**

Juste avant que l'on ne débute l'entretien ensemble, je tiens à vous donner quelques précisions :

4.1. Les questions que je vais vous poser sont larges. Vous pouvez donc aborder tous les éléments et détails que vous voulez me partager et qui vous viennent à l'esprit.

4.2. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions que je vais vous poser, c'est vraiment votre expérience personnelle qui m'intéresse.

4.3. Si une question n'est pas claire, sentez-vous à l'aise de me demander de préciser ou de reformuler.

4.4. À tout moment, si pour une raison ou pour une autre vous préférez ne pas répondre à une question, vous n'avez qu'à me le dire et on poursuivra avec une autre. À l'inverse, sentez-vous libre de revenir sur un sujet qu'on aura déjà abordé quand vous voulez.

4.5. L'idée c'est que l'entretien soit beaucoup plus une discussion qu'un interrogatoire. D'ailleurs, les questions que j'ai préparées ne sont là que pour m'aider à en apprendre le plus possible sur votre expérience, alors il se peut que je ne vous les pose pas toutes.

Est-ce que ça vous convient ?

Avez-vous des questions avant de commencer ?

## **Questions d'entretien**

### ***5. Question d'ouverture***

Maintenant, j'aimerais qu'on parle de votre expérience d'avoir une fille qui souffre/a souffert d'anorexie mentale.

- Racontez-moi votre réalité en lien à l'anorexie de votre fille.

### ***6. Questions spécifiques***

#### *6.1. Perception de l'anorexie*

Je m'intéresse à la perception que vous avez du trouble alimentaire de votre fille.

- Comment percevez-vous l'anorexie de votre fille?

#### *6.2. Quotidien et qualité de vie*

- Parlez-moi de votre quotidien dans cette expérience-là.
- Parlez-moi de votre qualité de vie parmi cette expérience.

#### *6.3. Rôles et occupations*

- Quels sont/étaient les rôles et les occupations que vous avez/aviez à travers cette réalité-là ?

#### *6.4. Relations intra- et extra-familiales*

- Parlez-moi de vos relations familiales pendant l'anorexie de votre fille.
- Comment décrivez-vous votre relation avec votre fille depuis l'anorexie? Avant l'anorexie?
- Que pouvez-vous me raconter de vos relations sociales durant l'anorexie de votre fille ?

#### *6.5. Perception des services de soins*

- Comment décrivez-vous les services de soins impliqués dans votre situation ?

#### *6.6. Répercussions de l'anorexie*

- Quels impacts constatez-vous que le trouble de votre fille occasionne/a occasionné dans votre vie ?
- Comment diriez-vous que l'anorexie de votre fille influence/a influencé votre vie ?

#### *6.7. Émotions vécues à travers l'expérience*

- Que ressentez-vous/qu'avez-vous ressenti à travers cette expérience-là ?

#### *6.8. Stratégies d'adaptation*

- Comment surmontez-vous/avez-vous surmonté les épreuves dans cette situation-là?
- Est-ce que certaines activités/personnes/ressources vous ont aidée ? Si oui, lesquelles et de quelle manière ?

#### **7. Conclusion**

- Est-ce qu'il y aurait quelque chose que vous voudriez ajouter qu'on n'aurait pas abordé ?
- Comment avez-vous vécu le moment de discussion qu'on a eu ensemble ?

Pour conclure, je vous remercie grandement pour votre participation.

## Annexe B

### Questionnaire sociodémographique

#### 1. Informations sur la participante :

- 1.1. Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_
- 1.2. Date de naissance : \_\_\_\_\_
- 1.3. Quelle est votre occupation ? \_\_\_\_\_
- 1.4. Quelle ville habitez-vous ? \_\_\_\_\_
- 1.5. À quelle origine ethnique appartenez-vous?
- a) Caucasienne (personne blanche)
  - b) Hispanique
  - c) Asiatique
  - d) Africaine
  - e) Autre  Précisez : \_\_\_\_\_
- 1.6. Combien d'heures par semaine passez-vous ou avez-vous passées auprès de votre fille concernée par l'anorexie ? (pendant l'anorexie) \_\_\_\_\_
- 1.7. Avez-vous reçu des services psychologiques en lien avec l'anorexie de votre fille ?  
Oui  Non
- Si oui :
- 1.7.1. Quels sont les services psychologiques que vous avez déjà reçus :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. À propos de votre fille concernée par l'anorexie :

- 2.1. Quel âge a-t-elle présentement ? \_\_\_\_\_
- 2.2. Quel âge avait-elle au début du trouble ? \_\_\_\_\_
- 2.3. Est-ce qu'elle souffre du trouble actuellement ? Oui  Non
- Si oui :
- 2.3.1. Depuis combien de temps souffre-t-elle d'anorexie ? \_\_\_\_\_
- Si non :
- 2.3.2. Pendant combien de temps a-t-elle souffert d'anorexie ? \_\_\_\_\_



2.3.3. Depuis combien de temps l'anorexie est-elle résolue ? \_\_\_\_\_

2.4. Votre fille a-t-elle déjà été hospitalisée en raison du trouble ? Oui  Non

Si oui :

2.4.1. Précisez le nombre et la durée des hospitalisations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.4.2. Votre fille est-elle actuellement hospitalisée pour le trouble ? Oui  Non

### **3. Concernant votre situation familiale :**

3.1. Avez-vous d'autres enfants ? Oui  Non

Si oui :

3.1.1. Combien ? \_\_\_\_\_

3.1.2. Quel(s) est (sont) son (leur) âge et son (leur) sexe ?

- âge : \_\_\_\_\_ fille  garçon
- âge : \_\_\_\_\_ fille  garçon
- âge : \_\_\_\_\_ fille  garçon
- âge : \_\_\_\_\_ fille  garçon

3.2. Parmi sa fratrie, quel est le rang de votre fille concernée par l'anorexie ?

Indiquez le chiffre en partant de l'ainé : \_\_\_\_\_

3.3. Êtes-vous en couple ? Oui  Non

Si oui :

3.3.1. Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

3.3.2. Est-ce le parent de votre (vos) enfant(s) ? Oui  Non

Précisez (au besoin) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.4. Avec qui vivez-vous ou avez-vous habité pendant l'anorexie de votre fille ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si l'anorexie de votre fille est résolue :

3.4.1. Avec qui vivez-vous depuis la résolution de l'anorexie de votre fille ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.5. Hormis l'anorexie de votre fille, est-ce que des membres de votre famille présentent ou ont présenté certaines problématiques de santé ? Oui  Non

Si oui :

3.5.1. Veuillez préciser en indiquant le (les) proche(s) concerné(s) et la (les) difficulté(s) psychologique(s) ou maladie(s) physique(s) impliquée(s) :

---

---

---

---

Merci pour vos réponses !