



Ravaler sa douleur

*Étude des liens entre
l'anorexie, la
boulimie et la violence
contre les femmes et les filles*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Ravaler sa douleur : Étude des liens entre l'anorexie, la boulimie et la violence contre les femmes et les filles a été préparé par **Shelley Moore**, avec l'aide de **Kelly D'Aoust, Donna Robertson, Christina Savage** et **Yasmin Jiwani**, de FREDa Centre for Research on Violence against Women and Children, pour l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.

Also available in English under the title: *Swallowing the Hurt: Exploring the Links between Anorexia, Bulimia and Violence against Women and Girls*

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteure et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitutions.

Pour obtenir plus de renseignements sur les questions de violence familiale, veuillez communiquer avec :

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Unité de prévention de la violence familiale

Division de la santé des collectivités

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Santé Canada

Indice de l'adresse : 1907D1

7^e étage, immeuble Jeanne Mance, Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 1B4 CANADA

Téléphone : 1-800-267-1291 or (613) 957-2938

Télécopieur : (613) 941-8930

Fax Link : 1-888-267-1233 or (613) 941-7285

ATME : 1-800-561-5643 or (613) 952-6396

Site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>

Courriel : national_clearinghouse@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
N° de cat. H72-21/184-2002F
ISBN 0-662-86621-5

Ravaler sa douleur :
Étude des liens entre l'anorexie, la boulimie et la
violence contre les femmes et les filles

Préparé par
Shelley Moore, Ph.D.

Avec l'aide de
Kelly D'Aoust, B.A., Donna Robertson, B.A. Christina Savage, B.A.
Yasmin Jiwani, Ph.D.

À l'intention du
FREDA Centre for Research on
Violence against Women and Children
Vancouver (C.-B.)

Présenté à
L'Unité de prévention de la violence familiale
Division de la santé des collectivités
Santé Canada

octobre 2001

« Ce rapport est dédié à la mémoire de Pam et de Carla. Dans leur lutte contre des troubles de l'alimentation, ces femmes m'ont enseigné la force, la résistance et la survie. Puissent leur vie et leur mort nous amener à consacrer plus d'attention à ces problèmes et plus de ressources à l'aide dont les victimes ont besoin. »

Shelley Moore

Table des matières

Résumé	i
Objet et contexte	1
Production du rapport : Le comité consultatif et les fournisseurs de services	5
Méthode	5
Démarche	6
Nature de la violence envers les femmes et les filles et des troubles de l'alimentation au Canada	9
Prévalence	9
Violence à l'égard des femmes et des filles	9
Troubles de l'alimentation	11
Prévalence globale des troubles de l'alimentation	11
Taux de prévalence de la boulimie	11
Taux de prévalence de l'anorexie	12
Analyse des taux de prévalence	12
Critères diagnostiques	13
Répercussions	14
Mortalité chez les filles et les femmes	15
Liens entre la violence envers les femmes et les filles, l'anorexie et la boulimie	17
La violence infligée aux enfants et le développement de troubles de l'alimentation	18
Abus sexuel durant l'enfance	18
Violence physique durant l'enfance	19
Interactions familiales durant l'enfance	20
Les expériences de la violence, l'anorexie et la boulimie chez les jeunes et les adolescents	22
La violence et les troubles de l'alimentation chez les adultes et les personnes âgées	26
Coups et blessures	26
Traumatismes sexuels chez les adultes	27
Personnes âgées	28
La révélation du problème et son rôle	30
Âge	32

Comprendre les liens	35
Causalité : Les expériences de violence entraînent-elles des troubles de l'alimentation?	35
Aptitude à faire face à la violence	36
Contrôle et pouvoir	37
Estime de soi	40
Le contexte socioculturel	41
Questions liées au traitement de la violence et des troubles de l'alimentation	45
Intégration du traitement	45
Estime de soi	46
Personnalisation du traitement	47
Obstacles entravant l'accessibilité	47
Isolement géographique	51
Sécurité	51
Questions liées au traitement des enfants	52
Absence de financement et de services	53
Principaux éléments du traitement de la violence et des troubles de l'alimentation	55
Consultation initiale	56
1. Accessibilité	56
2. Évaluation	57
Besoins immédiats	57
3. Sécurité	57
4. Stabilité de l'état de santé	58
Soutien thérapeutique	58
5. Validation	58
6. Sentiment de sa valeur personnelle	59
7. Recadrage	59
8. Capacité d'adaptation	59
9. Contrôle et prise en charge	59
10. Relations et réseaux	60
11. Éducation et sensibilisation	61
Continuité	61
12. Suivi	61
Conclusion	63
Références	65
Annexe A : Liste de programmes	85
Annexe B : Questions d'entrevue	103
Annexe C : Le comité consultatif	105

Résumé

Ce rapport porte sur les liens entre les troubles de l'alimentation et la violence envers les femmes et les filles. Il est fondé sur une analyse de publications traitant de ce sujet et sur l'information recueillie lors de consultations avec des travailleurs communautaires, des professionnels de la santé et des professionnels de la santé mentale. « Ravalier sa douleur » a été conçu à l'intention des travailleurs de première ligne, des professionnels des soins de santé et des services sociaux, des enseignants et des chercheurs qui fournissent directement des services aux femmes et aux filles aux prises avec des troubles de l'alimentation ou des problèmes de violence ou qui interviennent auprès d'elles.

Au cours de la dernière décennie, on a exploré de plus en plus la possibilité que l'anorexie et la boulimie soient des conséquences de mauvais traitements. Tant les documents consultés que les fournisseurs de services contactés laissent entrevoir que la violence, qu'elle soit d'ordre sexuel, physique, verbal ou psychologique, est un facteur contributif dans le cadre d'un modèle complexe d'anorexie et de boulimie reposant sur plusieurs déterminants. Selon les chercheurs, le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation serait plus marqué dans certaines circonstances, notamment les suivantes : les aliments sont utilisés comme une arme; une femme a été agressée par plusieurs personnes; la révélation de la violence entraîne une punition ou de l'incrédulité; la victime subit plusieurs formes de violence; la femme ou la fille éprouve un sentiment particulièrement profond d'impuissance ou de honte.

On estime qu'au moins une fille canadienne sur huit sera victime de graves abus sexuels et qu'une sur cinq sera victime de sévices physiques avant l'âge de 18 ans (Duffy, 1998). Par ailleurs, au moins de 10 % à 25 % des femmes seront battues par leur mari ou leur conjoint de fait (Benson, 1995; Statistique Canada, 1993). Les taux de violence sont huit fois plus élevés chez les femmes autochtones (Duffy, 1998) et quatre fois plus élevés chez les femmes handicapées (Razack, 1994). La violence envers les femmes et les filles peut avoir des répercussions graves et permanentes sur leur santé physique et mentale. Les troubles de l'alimentation, plus particulièrement, peuvent mettre en danger la vie des victimes de mauvais traitements. Sur une période de 20 ans, une personne anorexique sur cinq et au moins une personne boulimique sur 20 mourront (Woodside, 1995). Quarante-vingt-dix pour cent de ces décès surviennent chez des filles et des femmes (Gagnon, 1996). De plus, 56 % des personnes anorexiques sont atteintes de problèmes de santé graves (Herzog et coll., 1997). Aussi bien la violence que les troubles de l'alimentation affectent surtout les filles et les femmes, et leur prévalence semble être en hausse (American Psychiatric Association, 1994; Hsu et Zimmer, 1988).

Parmi les fournisseurs de services qui connaissent les liens entre les troubles de l'alimentation et la violence, certains ne sont pas en mesure d'offrir un traitement basé sur une approche intégrée. Quelques-uns orientent leur clientèle vers d'autres organismes ou services à l'extérieur de la province; d'autres disposent de ressources limitées qui ne leur permettent de s'occuper que d'un seul problème. Tant les fournisseurs de services que le comité consultatif créé pour ce projet ont fait ressortir le besoin d'offrir une formation multidisciplinaire portant sur les différents aspects des troubles de l'alimentation et de la violence. À partir de la recherche documentaire et des consultations, nous avons établi qu'une approche intégrée devait reposer idéalement sur 12 éléments clés, à savoir les suivants : accessibilité, évaluation, sécurité, stabilité de l'état de santé, validation, sentiment de sa valeur personnelle, recadrage, capacité d'adaptation, contrôle et prise en charge, relations et réseaux, éducation et sensibilisation, suivi. Toutefois, une question préoccupe particulièrement les fournisseurs de services : les effets des restrictions budgétaires sur le financement et les ressources des établissements. Les programmes doivent faire face à des coupures au niveau du personnel et des services, à un manque de soins de post-cure, à des listes d'attente de plus en plus longues et à des fermetures. Dans de nombreux cas, le besoin de fonds est devenu criant. Les approches thérapeutiques intégrées dans les cas de violence familiale et de troubles de l'alimentation pourraient devenir de plus en plus rares faute de ressources pour assurer l'accessibilité aux services, des soins médicaux appropriés, d'un nombre suffisant d'employés, de refuges et de maisons de transition, et de counselling pour les problèmes de violence sous-jacents.

Bien que le présent rapport analyse essentiellement les liens qui existent entre la violence et les troubles de l'alimentation, la grande majorité des fournisseurs de services participants ont insisté sur le fait qu'il ne fallait pas considérer la violence comme le seul précurseur des troubles de l'alimentation.

Objet et contexte

Les recherches menées dans le passé ont montré que les femmes qui avaient vécu davantage de situations conflictuelles dans leur milieu familial ou leur enfance risquaient plus que les autres de développer des troubles de l'alimentation (Kinzl et coll., 1994), principalement la boulimie (Schmidt, Tiller et Treasure, 1993). Les chercheurs sont de plus en plus nombreux à étudier le rôle des antécédents de violence dans l'apparition de ce type de troubles. Des recensions portant sur cette association ont été publiées depuis 1992 (Wonderlich et coll., 1997). Dans l'ensemble, les résultats de la recherche sont incompatibles (Connors et Morse, 1993; Mullen et coll., 1993; Reto, Dalenberg et Coe, 1996) et soulèvent la controverse chez les théoriciens. En 1997, Brown a constaté qu'au cours des 5 années qui venaient de s'écouler, la littérature scientifique se caractérisait par une radicalisation des opinions; à l'échelle nationale ou internationale, le débat entre d'éminents experts était animé et parfois même mordant. Alors que certains chercheurs établissaient une relation causale entre la violence et les troubles de l'alimentation (Everill et Waller, 1995a), d'autres jugeaient que ce lien n'était ni spécial ni particulier (Pope et Hudson, 1992), ou qu'il s'agissait simplement de coïncidences (Finn et coll., 1986). Cependant, la plupart des théoriciens ont fait valoir que le lien en question est complexe et qu'il ne faut pas le simplifier outre mesure (Brown, 1997; Welch et Fairburn, 1996; Wonderlich et coll., 1997).

La plupart des contradictions relevées dans la littérature sont attribuées à des difficultés d'ordre méthodologique et interprétatif. Ainsi, il est très difficile de faire des comparaisons entre les études et les conclusions des chercheurs parce que les définitions de la violence, et plus particulièrement de l'abus sexuel à l'endroit des enfants, varient grandement (Dansky et coll., 1997; Miller, 1996). Si, pour certains chercheurs, l'abus sexuel à l'endroit des enfants inclut aussi bien les expériences où il y a un contact physique que celles où il n'y en a pas (Moyer et coll., 1997), d'autres n'englobent que les expériences où il y a un tel contact (Schmidt, Tiller et Treasure, 1993).

Les critères diagnostiques de l'anorexie et de la boulimie diffèrent également d'une étude à l'autre (Connors et Morse, 1993; Davis et Yager, 1992; Wiederman, 1996). Les critères de l'anorexie mentale (*anorexia nervosa*) et de la boulimie (*bulimia nervosa*) énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-IV* (DSM-IV)¹ de l'American Psychiatric Association ont été révisés à trois reprises, ce qui rend difficile les comparaisons entre les études de

1 Cette édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) est la plus récente de cet ouvrage publié par l'American Psychiatric Association. Ce manuel classe les troubles mentaux par catégories et en donne une description clinique. Il se veut un ouvrage utile pour la recherche et le diagnostic.

différentes époques (van't Hof et Nicolson, 1996). De plus, les symptômes requis pour poser un diagnostic ne font pas l'unanimité. Certains prétendent que l'aménorrhée (l'absence des règles) est un critère inutile lorsqu'il s'agit de diagnostiquer l'anorexie (Andersen et Holman, 1997; Cachelin et Maher, 1998; Garfinkel et coll., 1995) et un critère qui exclut les pré-adolescentes (Woodside, 1995) et les femmes ménopausées (Cosford et Arnold, 1992). Par ailleurs, plusieurs chercheurs soutiennent que la peur de prendre du poids n'est pas un critère essentiel de diagnostic, faisant observer en particulier qu'il peut s'agir d'un symptôme propre à une culture (Hsu et Lee, 1993; Lee, 1995; Lee, Chiu et Chen, 1989; Thompson, 1992) qui vient d'être ajouté dans les définitions des troubles de l'alimentation (van't Hof et Nicolson, 1996; Palmer, 1993; Parry-Jones et Parry-Jones, 1995). D'autres soulignent que les troubles de l'alimentation s'inscrivent dans un continuum, et que beaucoup peuvent nous échapper si nous nous en tenons strictement aux classifications d'un manuel diagnostique (Hoek, 1995; Zerbe, 1992). Dans l'ensemble, si l'on se fonde sur les critères du DSM-IV, on risque de ne pas repérer un grand nombre de personnes se trouvant dans une profonde détresse provoquée par des troubles de l'alimentation.

Au début, la recherche sur la violence et les troubles de l'alimentation prenait la forme d'études de cas; à présent, elle fait l'objet de vastes études donnant lieu à la publication de rapports (Welch et Fairburn, 1996). Néanmoins, les chercheurs dans ce domaine continuent de se fonder largement sur des échantillons cliniques (Moyer et coll., 1997) de petite taille (Wiederman, 1996). Les résultats reflètent souvent le type d'échantillon et la méthodologie utilisés. Les études de corrélations non contrôlées portant sur des échantillons communautaires ont généralement plus tendance à révéler un lien entre la violence et les troubles de l'alimentation que les études contrôlées portant sur la violence chez les femmes qui présentent de tels troubles ou sur les problèmes liés à l'alimentation chez les victimes de violence (Connors et Morse, 1993; Wonderlich et coll., 1997). Étant donné que les taux de violence aussi bien que de problèmes liés à l'alimentation sont plus élevés dans les échantillons cliniques, les analystes se sont demandés si les corrélations significatives étaient plus dues à des artefacts qu'elles n'avaient de valeur réelle (Connors et Morse, 1993). En outre, il n'a pas été clairement déterminé si les taux de violence sont plus élevés chez les femmes présentant des troubles de l'alimentation que chez les femmes présentant d'autres troubles mentaux (Everill et Waller, 1995b; Herzog et coll., 1993; Wonderlich et coll., 1997), notamment la dépression, les troubles anxieux, la somatisation et les troubles complexes de la personnalité (Welch et Fairburn, 1996). Toutefois, la recherche laisse également entrevoir que les troubles de l'alimentation ont tendance à durer plus longtemps que de nombreux autres troubles mentaux et que des mauvais traitements répétés et graves peuvent entraîner des manifestations chroniques de problèmes de santé mentale (Herzog et coll., 1993; Welch et Fairburn, 1996).

Herzog et ses collaborateurs (1993) ont signalé que la présence simultanée de troubles de l'alimentation et d'autres problèmes de santé mentale ainsi que des taux comparables de violence envers des femmes présentant d'autres problèmes de santé mentale mettent en question la spécificité du lien entre la violence et les troubles de l'alimentation. Malgré cela, on ne peut conclure que la violence subie dans le passé est un facteur sans intérêt dans le contexte de la pratique clinique.

Une deuxième vague d'études utilisant une méthodologie plus rigoureuse (Wonderlich et coll., 1997) a davantage rallié l'opinion des chercheurs. Les analystes reconnaissent qu'on n'a pas encore réussi à comprendre parfaitement le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation (Brown, 1997; Everill et Waller, 1995b). Par conséquent, les modèles actuels mettent en évidence la nécessité d'adopter une approche multidimensionnelle dans le cadre de laquelle la violence n'est pas considérée comme le seul et unique facteur étiologique de l'anorexie et de la boulimie (Connors et Morse, 1993; Dansky et coll., 1997) et les troubles de l'alimentation sont reconnus comme une des conséquences possibles de la violence (Schaaf et McCanne, 1994). Les répercussions de la violence varient selon le contexte dans lequel elle se manifeste, ce qu'elle représente pour la victime et la résilience que peut donner une relation optimale avec la famille ou des proches (Connors et Morse, 1993; Welch, Doll et Fairburn, 1997). Dans l'ensemble, Brown (1997) a conclu que les chercheurs ne contestent généralement pas l'idée voulant que des antécédents de violence ne soient ni nécessaires ni suffisants pour expliquer le développement de troubles de l'alimentation. Cependant, les études menées à l'heure actuelle portent sur les facteurs contributifs pouvant jeter de la lumière sur la façon dont la violence peut aboutir à des troubles de l'alimentation (Everill et Waller, 1995b). La présente étude s'inscrit dans ce courant.

Le premier objectif du présent rapport était d'étudier plus à fond l'existence, la force et la nature du lien entre la violence et les troubles de l'alimentation, en se fondant sur l'expérience des fournisseurs de services, des différentes régions canadiennes, dans le cadre de leur travail auprès des clients. Plus particulièrement, nous avons demandé aux fournisseurs de services de nous indiquer dans quelle mesure ils avaient constaté un lien et d'expliquer la présence ou l'absence d'un tel lien. Le deuxième objectif du rapport était d'intégrer les données tirées de l'expérience des fournisseurs de services canadiens et de les comparer aux données cliniques et empiriques publiées dans la littérature scientifique. Le troisième objectif consistait à examiner le lien pendant la durée de vie d'une personne, en accordant une grande attention aux problèmes de développement de l'enfance, de l'âge adulte et de la vieillesse. En utilisant un cadre aussi global, nous avons dû élargir la définition de la violence. C'est pourquoi le présent rapport renvoie à des notions aussi variées que les

suivantes : abus sexuel, sévices physiques, violence psychologique, coups et blessures, harcèlement sexuel, harcèlement verbal, agression sexuelle, négligence, dynamique familiale, violence systémique et violence institutionnelle. Enfin, le quatrième objectif du rapport était de déterminer, à partir des observations des fournisseurs de services, si un modèle de traitement intégré pour la violence et les troubles de l'alimentation était nécessaire et d'élaborer un tel modèle.

Production du rapport : Le comité consultatif et les fournisseurs de services

Méthode

Ce rapport est fondé sur une analyse des publications traitant de ce sujet et sur l'information recueillie par le biais de consultations auprès des praticiens. Les auteurs souhaitent remercier les nombreux fournisseurs de services et le comité consultatif d'avoir accepté de collaborer et de partager leurs connaissances dans le cadre de ce projet.

Pour produire ce rapport, nous avons communiqué avec 143 fournisseurs de services d'un bout à l'autre du Canada, qui travaillent dans les domaines de la violence et des troubles de l'alimentation. Parmi eux, 123 ont répondu et ont accepté de participer à l'étude. Ces fournisseurs ont été choisis par divers moyens : recommandations, recherches sur Internet, listes communautaires, recherches publiées dans des revues et rapports et annuaires téléphoniques. Ceux qui ont participé à l'étude ont un cabinet privé (10 %) ou offrent un soutien dans le cadre de services de santé familiale ou mentale (15 %), de services communautaires (6 %), de services universitaires et collégiaux (2 %), de programmes d'éducation populaire et d'action communautaire (6 %), de programmes généraux pour les enfants et les jeunes (4 %), ou encore dans le milieu des hôpitaux et des unités de santé (25 %) ou au sein d'organismes de traitement et de soutien (32 %). Nous avons recueilli l'information par le biais de consultations téléphoniques et de discussions libres avec des répondants des provinces et territoires suivants : Colombie-Britannique (39), Territoires du Nord-Ouest et Nunavut (2), Alberta (12), Saskatchewan (16), Manitoba (4), Ontario (34), Québec (9), Nouveau-Brunswick (4), Île-du-Prince-Édouard (3), Nouvelle-Écosse (15) et Terre-Neuve et Labrador (3).

Les fournisseurs de services ont été interrogés de façon informelle au sujet des liens possibles entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation, des approches thérapeutiques appropriées tenant compte de ces liens ainsi que des services particuliers qu'ils offrent et de leur clientèle. Six questions types ont été utilisées pour amorcer les entretiens (voir l'annexe B). Nous avons encouragé les participants à donner plus de détails sur les renseignements qu'ils jugeaient importants de communiquer. Afin d'obtenir un taux de réponse maximal, nous avons accepté que les réponses soient communiquées par téléphone, télécopieur ou courriel. Nous avons analysé les données obtenues dans le but d'en dégager les thèmes dominants; nous les avons comparées à celles des publications

consultées; enfin, nous nous en sommes servis pour élaborer un modèle de traitement intégré. En vue de protéger l'anonymat des fournisseurs de services, nous n'avons indiqué aucun nom, lieu géographique ni association avec une organisation quelconque dans les commentaires cités et les données communiquées.

Pour produire la version finale du présent rapport, nous avons mis sur pied un comité constitué de 11 conseillers canadiens. Ce comité a eu pour tâche de participer à une téléconférence d'un jour, en novembre 1999, afin d'analyser plus à fond les liens entre, d'une part, la violence envers les femmes et les filles et, d'autre part, l'anorexie et la boulimie. Les suggestions formulées lors de cette consultation ont été intégrées dans le texte du rapport. De plus, nous avons demandé à des personnes qui fournissent des traitements et qui n'ont pu participer à la téléconférence de nous faire part de leurs commentaires. Les membres du comité consultatif ont été choisis tant en raison de leur lieu géographique que parce qu'ils avaient été recommandés par d'autres fournisseurs de services en tant qu'experts canadiens en matière de troubles de l'alimentation et de violence envers les femmes.

Démarche

Pour entreprendre et présenter cette recherche, nous avons suivi la démarche suivante :

- Ce rapport est une analyse qualitative qui fournit au lecteur à la fois a) des citations textuelles des propos des participants, qui apportent des éclaircissements, des précisions ou des justifications, et b) les fréquences des réponses données, afin de l'aider à différencier la perspective d'un seul fournisseur de services de celle de plusieurs fournisseurs. Dans les publications portant sur les sciences sociales, il est courant d'inclure les fréquences dans une analyse qualitative (voir Pope et Vetter, 1992; Jiwani, 1998).
- Ce document fait état des réponses directes des fournisseurs de services aux questions portant sur la présence et la force du lien entre la violence et les troubles de l'alimentation. En outre, il présente une analyse thématique des expériences, des explications et des théories des participants ainsi que des traitements qu'ils proposent.

-
-
- Comme on trouve peu de données probantes dans la littérature au sujet d'un lien de causalité et que les chercheurs ne s'entendent pas, nous avons tenté de ne pas présupposer qu'il existe un lien entre la violence et les troubles de l'alimentation. Nos conclusions sont plutôt fondées sur les publications consultées et sur les données recueillies auprès des fournisseurs de services. Nous avons centré notre document sur les perspectives des fournisseurs de services en offrant un cadre explicatif aux liens observés.
 - Nous reconnaissons que la diversité des opinions exprimées par les chercheurs trouve un écho tant chez les fournisseurs de services que chez les membres du comité consultatif ayant participé à ce projet. Nous avons opté pour la neutralité lorsqu'il a fallu tenir compte, d'une part, de ceux qui nous conseillaient de ne pas trop insister sur le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation et, d'autre part, de ceux qui craignaient que nous ne fassions pas suffisamment ressortir ce lien. Nous avons tenté de représenter le mieux possible l'ensemble des opinions des personnes qui composaient notre échantillon.
 - Nous avons accordé une grande attention à la confidentialité des renseignements communiqués par les participants, compte tenu du fait que beaucoup de fournisseurs de services peuvent se connaître entre eux. Étant donné que ce rapport doit être distribué dans de nombreux contextes différents, nous n'avons pas présenté ni analysé les réponses en fonction du lieu, du type de service fourni ou d'autres renseignements pouvant permettre d'identifier les personnes. Cependant, nous reconnaissons que de telles données constitueraient un autre ensemble de variables instructives qui permettraient de mieux comprendre un lien entre la violence et les troubles de l'alimentation ainsi que la façon dont les fournisseurs de services abordent ce lien.
 - Suivant la tradition des autres études qualitatives publiées (p. ex., Websdale, 1995a; 1995b; 1998), nous avons intégré dans tout le rapport les constatations relevées dans la littérature et les réponses des fournisseurs de services plutôt que de les présenter séparément. Si nous avons opté pour cette façon de procéder, c'est pour permettre au lecteur de comparer directement les conclusions des chercheurs et nos « données recueillies sur le terrain ». Les publications consultées ont aussi servi à fournir un contexte et à développer certains points soulevés par les participants.

-
-
- Cette étude se fonde sur les données recueillies auprès de professionnels et de travailleurs de première ligne qui œuvrent dans des milieux communautaires ou cliniques ou dans des cabinets privés. Nous reconnaissons que nos participants utilisent un large éventail de définitions et de critères diagnostiques. Nous espérons que cet échantillon représente tout l'éventail de points de vue et de services offerts au Canada.

 - L'un des résultats de cette étude a été l'appel lancé par les fournisseurs de services concernant la mise au point d'un traitement intégré des troubles de l'alimentation et de la violence. Ce rapport se termine donc par la présentation d'un modèle de traitement intégré, élaboré à partir des facteurs considérés comme étant critiques par les fournisseurs de services. Les membres du comité consultatif ont examiné le modèle en question au cours de la téléconférence de novembre 1999.

Nature de la violence envers les femmes et les filles et des troubles de l'alimentation au Canada

Prévalence

Au Canada, les victimes de la violence familiale comme les personnes atteintes de troubles de l'alimentation sont principalement des filles et des femmes. Plus de 90 % des personnes souffrant d'anorexie et de boulimie sont de sexe féminin (Kuba et Hanchey, 1991; Prince, 1985; Siever, 1996). « Peu de troubles en médecine générale et en psychiatrie sont distribués aussi asymétriquement selon les sexes que les troubles de l'alimentation » (Andersen et Holman, 1997). Les fournisseurs de services qui travaillent dans le domaine de la violence et des troubles de l'alimentation ont signalé que la très grande majorité de leur clientèle, des appelants et des participants aux ateliers sont des filles et des femmes. En fait, la proportion d'utilisatrices de services est généralement de plus de 90 %. En outre, entre 80 % et 99 % des personnes qui sont aux prises à la fois avec des problèmes de violence et des troubles de l'alimentation sont de sexe féminin. Par ailleurs, selon les résultats de la recherche, on observe actuellement une hausse des taux de prévalence des troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes (American Psychiatric Association, 1994; Hsu et Zimmer, 1988)², de la violence familiale à l'égard des femmes (BC Institute Against Family Violence, 2001) et des homicides conjugaux dont les victimes sont des femmes (Duffy, 1998).

Violence à l'égard des femmes et des filles

Environ 80 % des femmes des Premières nations ont fait l'objet de violence physique, sexuelle ou psychologique (Duffy, 1998; Frank, 1992). Au Canada, les femmes autochtones sont exposées à un risque huit fois plus élevé de coups et blessures que les femmes non autochtones (Duffy, 1998). En moyenne, le tiers des femmes des Premières nations sont maltraitées par leur conjoint (Frank, 1992), et entre 75 % et 90 % des femmes vivant dans certaines collectivités autochtones du Nord sont battues (Dumont-Smith et Sioui Labelle, 1991). « Les Autochtones insistent sur le fait que la violence familiale n'est pas chez eux une tradition. Bien au contraire, elle est la conséquence de la colonisation » (Frank, 1992: 7).

2 Soulignons que van't Hof et Nicolson (1996) ont soutenu que l'augmentation apparente des troubles de l'alimentation peut refléter à la fois les normes changeantes de minceur et l'étiquetage par les psychiatres des femmes qui ne se conforment pas à l'archétype féminin.

Une autre forme de violence attribuable à la colonisation dont ont été victimes les familles des Premières nations est l'application des politiques de retrait et d'adoption des enfants, qui a entraîné le placement d'un nombre disproportionné d'enfants dans des familles non autochtones (Jiwani, 1998). Plus de 52 % de tous les enfants retirés de leur famille en Colombie-Britannique sont Autochtones, et 78 % des enfants autochtones recevant des soins permanents dans cette province sont placés dans des foyers ou des établissements non autochtones (Fournier et Crey, 1997). Résultat : nombre de ces enfants ont fait face au racisme, à une dislocation du tissu social, à la perte de leur identité culturelle et à la rupture des liens parentaux, communautaires et ancestraux (McDonald, 1985). À ces problèmes s'ajoute le fait que, selon les chercheurs, 43 % des enfants autochtones et non autochtones en foyer d'accueil sont maltraités au sein de la famille qui les prend en charge (Kufeldt et coll., 1998). Dans les foyers d'accueil, 72 % des filles signalent éprouver une profonde tristesse et 18 % des filles se mutilent (Kufeldt et coll., 1998).

Par ailleurs, plus de 40 % des femmes handicapées ont vécu ou vivent avec des gens qui les maltraitent (Réseau d'action des femmes handicapées du Canada, 1989). Le taux de violence chez ces femmes est quatre fois plus élevé que la moyenne nationale (Razack, 1994), et les mauvais traitements sont la plupart du temps infligés par des membres de la famille ou des personnes qui en ont soin. Parmi les femmes handicapées interrogées par le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC) en 1989, 37 % ont signalé être maltraitées par leurs parents et 17 %, par leur conjoint. Les deux tiers des personnes âgées physiquement aptes et handicapées qui sont maltraitées sont des femmes (Senior Women Against Abuse Collective, 1989). Dans près de 80 % des cas, cette violence est infligée par des membres de la famille (Grandmaison, 1988).

Entre 10 % et 25 % des Canadiennes non autochtones qui sont physiquement aptes sont maltraitées par leur mari ou leur conjoint de fait (Benson, 1995; Duffy, 1998; Statistique Canada, 1993). Les taux relevés sont plus élevés en Colombie-Britannique où une femme sur trois est agressée par son conjoint (BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1995a; Statistique Canada, 1993; 1995). Près de 8 % des femmes au Canada ont été agressées sexuellement par leur ex-conjoint ou leur conjoint actuel (Duffy, 1998). Par ailleurs, environ 20 % des lesbiennes à Toronto déclarent avoir été battues par leur ex-conjointe ou leur conjointe actuelle (Ristock, 1991). Les enfants, pour leur part, sont témoins de violence entre conjoints dans 40 % à 100 % des relations de couple violentes (Alliance des cinq centres de recherche sur la violence, 1999; Statistique Canada, 1993).

Parmi les filles non autochtones qui sont physiquement aptes, 12,5 % (soit une sur huit) sont victimes d'abus sexuel grave et 20 % (soit une sur cinq) subissent des sévices physiques (Duffy, 1998). De plus, le quart des filles qui fréquentent l'école secondaire sont agressées physiquement ou sexuellement par leur petit ami (Duffy, 1998).

Troubles de l'alimentation

Prévalence globale des troubles de l'alimentation

Selon la Société canadienne de pédiatrie (1998), les troubles de l'alimentation constituent la troisième affection chronique la plus répandue chez les adolescentes. Au Québec, chaque année, plus de 65 000 jeunes femmes de 14 à 25 ans présentent des troubles de l'alimentation (Clinique St-Amour, 2001). En Ontario, plus de 70 000 femmes répondent aux critères cliniques, ce qui équivaut à un taux de prévalence de 1 % à 2 % de la population générale (Kraft, 1998). D'après l'American Psychiatric Association, le taux de prévalence de ces troubles se situe entre 1 % et 4 % (Joiner et Kashubeck, 1996). Aux États-Unis, entre 1,8 % et 5 % des personnes orientées vers des spécialistes pour anorexie ou boulimie sont des personnes de couleur (Davis and Yager, 1992).

Taux de prévalence de la boulimie

Les données épidémiologiques tirées du Supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé de l'Ontario semblent indiquer que le taux de prévalence de la boulimie est de l'ordre de 0,5 % chez les Ontariens de plus de 15 ans (Offord et coll., 1996). Dans son étude, Woodside (1995) estimait que la boulimie frappe de 1 % à 1,5 % des femmes. Ce même clinicien a signalé que les crises de boulimie sans purgation sont beaucoup plus courantes. Dans des études basées sur des entrevues et utilisant des critères diagnostiques rigoureux, Garfinkel et ses collaborateurs (1995) ont observé chez les Canadiennes des taux de prévalence pendant la vie entière variant entre 1,6 % et 2,8 %. L'Anorexia and Bulimia Nervosa Foundation of Victoria (2000) estime cependant que la prévalence de la boulimie chez les étudiants de niveau post-secondaire peut atteindre une personne sur six.

Les données épidémiologiques d'études américaines sur la prévalence laissent entrevoir qu'environ 1 % des filles (1 000 pour 100 000) souffrent de boulimie (Hoek, 1995). Cette estimation concorde avec les résultats d'autres chercheurs qui indiquent, dans un cas, qu'entre 1 % et 3 % (le Grange, Telch et Agras, 1997) et, dans un autre cas, entre 1 % et 2 % (Pike et Walsh, 1996) des Occidentales sont atteintes de cette affection.

Taux de prévalence de l'anorexie

Garfinkel et ses collaborateurs (1995), du Clarke Institute of Psychiatry de Toronto, font observer que le syndrome complet de l'anorexie mentale est observable chez 0,56 % de la population et que le syndrome partiel se retrouve chez 1,4 % de la population. D'après les données de la Société canadienne de pédiatrie, les troubles de l'alimentation augmentent depuis 30 ans; ils touchent maintenant jusqu'à 5 % des adolescentes. La Clinique St-Amour (2001) révèle qu'environ 1 % à 2 % des jeunes adolescentes développeront une anorexie. Hoek (1995) a examiné les données épidémiologiques et a fait état d'un taux de prévalence de la maladie chez les filles américaines de 280 pour 100 000 (0,28 %).

Analyse des taux de prévalence

Selon l'Anorexia and Bulimia Nervosa Foundation of Victoria (2000), « des données récentes indiquent que les deux types de trouble touchent toutes les couches de la société et tous les types de famille ». L'anorexie et la boulimie frappent les femmes, peu importe leur race ou leur culture (Bryant-Waugh et Lask, 1991; Daniels, 2001; Davis et Yager, 1992; DeAngelis, 1997; Field, Colditz et Peterson, 1997; Ford, 1992; Joiner et Kashubeck, 1996; le Grange, Telch et Tibbs, 1998; Pike et Walsh, 1996; Prince, 1985; Root, 1990), leur classe sociale (Gard et Freeman, 1996) ou leur orientation sexuelle (Heffernan, 1996).

On observe peu de différences entre les femmes de couleur et les femmes de race blanche dans les rapports sur les habitudes alimentaires et la prévalence des cas diagnostiqués de troubles de l'alimentation (le Grange, Telch et Agras, 1997). Jusqu'à présent, l'étude la plus exhaustive comparant les femmes de race noire et de race blanche a été menée par le National Institute of Health; elle révèle des taux à peu près équivalents de boulimie et de crises de boulimie chez ces deux populations (DeAngelis, 1997). D'après Field, Colditz et Peterson (1997), les Afro-Américaines étaient plus nombreuses que les femmes blanches, asiatiques et latines à s'être fait vomir au cours du mois ayant précédé leur étude. Par ailleurs, on observe aussi une forte proportion d'attitudes et de comportements pathologiques liés à l'alimentation chez les adolescentes mexicano-américaines (Joiner et Kashubeck, 1996).

Dans les échantillons des États-Unis, 11 % des élèves du secondaire d'origine latine (86 % étant de sexe féminin) satisfaisaient aux critères du DSM-III pour la boulimie (Smith et Krejci, 1991). Par ailleurs, on observe des taux plus élevés de symptômes de troubles de l'alimentation chez les filles et les femmes autochtones (Crago, Shisslak et Estes, 1996; Rosen et coll., 1988; Smith et Krejci, 1991; Snow et Harris, 1989). En particulier, les adolescentes autochtones affichent des taux plus élevés de vomissements provoqués et de crises de boulimie (Smith et Krejci,

1991) et de dépression après des crises de boulimie (Snow et Harris, 1989), ainsi qu'un degré élevé d'insatisfaction face au corps et une peur intense de prendre du poids (Smith et Krejci, 1991; Snow et Harris, 1989).

Aux États-Unis, une recherche montre que 0,49 % des lesbiennes satisfont aux critères diagnostiques de l'anorexie et que 4,9 % d'entre elles ont souffert d'anorexie dans le passé (Heffernan, 1996). Cette même recherche indique que 0,98 % des lesbiennes américaines répondent aux critères diagnostiques de la boulimie.

Critères diagnostiques

Une proportion considérablement plus grande de femmes présentent des symptômes boulimiques mais ne satisfont pas aux critères diagnostiques de la maladie. Aussi bien les fournisseurs de services que les membres du comité consultatif ont fait ressortir que les taux de prévalence de l'anorexie et de la boulimie ne peuvent tenir compte de la gamme plus vaste de troubles de l'alimentation dont souffrent les filles et les femmes. Un conseiller a souligné que les taux de diagnostic « ne tiennent habituellement pas compte des préoccupations des personnes aux prises avec des problèmes d'alimentation et de poids qui ne correspondent pas aux critères de classification très rigoureux du DSM ». D'après un autre, « d'abondantes données permettent de croire que, même parmi les étudiantes des écoles secondaires de premier et de deuxième cycles, nombreuses sont celles qui présentent des troubles de l'alimentation subcliniques et qui ne franchiront jamais peut-être le seuil statistique qui permettrait de les classer dans ce groupe ». Selon les publications consultées, on estime que jusqu'à 19 % des étudiantes signalent des symptômes boulimiques mais sans le syndrome clinique complet de la maladie (Hoek, 1995; Zerbe, 1992). Près de 5 % des lesbiennes ont des crises de boulimie sans pour autant satisfaire à tous les critères diagnostiques de la boulimie (Heffernan, 1996). Selon l'un des membres de notre comité consultatif :

[. . .] on voit un certain nombre de femmes qui sont victimes de violence et qui peuvent présenter des troubles de l'alimentation; mais elles peuvent ne pas souffrir de troubles qui peuvent se solder par des problèmes médicaux. Et si elles ne présentent pas de troubles de l'alimentation risquant de nuire à leur santé, quelle que soit la définition que l'on en donne, il n'y a rien de prévu pour elles [. . .]

Même si la femme présente des troubles de l'alimentation, il se peut que, cliniquement, on ne puisse diagnostiquer son affection. Un autre membre du comité a fait le commentaire suivant :

En tant que travailleur de première ligne, j'œuvre au sein d'une organisation où je suis tenu de respecter les critères du DSM-IV, et si ma cliente n'a pas sauté de cycles menstruels pendant une période suffisamment longue, elle n'est apparemment pas anorexique; ce qui est ridicule dans l'optique de la prestation d'un service, puisqu'on veut intervenir le plus rapidement possible.

Garfinkel et ses collaborateurs (1996b) ont conclu que les statistiques sur la prévalence fondées sur les critères diagnostiques sont instructives dans un milieu clinique, mais qu'elles ne tiennent pas compte du continuum de la vulnérabilité aux troubles de l'alimentation. Lorsqu'on veut intervenir efficacement auprès des personnes présentant un risque élevé de développer ce genre de troubles, on doit prendre en considération tous les aspects liés au poids et à la forme corporelle, ainsi que les rapports difficiles avec l'alimentation. Avec le temps, de telles difficultés peuvent se transformer en troubles graves de l'alimentation ou peuvent affecter le fonctionnement psychologique ou physique du sujet.

Répercussions

Tant la violence familiale que les troubles de l'alimentation sont associés à des répercussions graves sur la santé physique et psychologique. Nombre de ces répercussions sont les mêmes dans les cas d'antécédents de violence et de troubles de l'alimentation. En fait, cette similarité est l'un des facteurs qui a incité les chercheurs à se pencher sur le lien possible entre la violence et les troubles de l'alimentation. L'anorexie, la boulimie et les antécédents de violence ont tous été liés aux problèmes suivants :

- sentiments de honte, de culpabilité, faible estime de soi, sentiment de ne pas être à la hauteur et attitudes négatives face à son corps (Brown, 1997; DeGroot et coll., 1992; Herzog et coll., 1993; Schaaf et McCanne, 1994; Welch et Fairburn, 1996)
- difficulté à nouer des relations intimes et à faire confiance (Brown, 1997; Herzog et coll., 1993)
- sentiments négatifs à l'égard des rapports sexuels (Brown, 1997)
- sentiment d'impuissance dans les relations (Schaaf et McCanne, 1994)
- risque plus élevé d'alcoolisme et de toxicomanie (Everill et Waller, 1995b; Schaaf et McCanne, 1994)

-
-
- dépression et syndrome de stress post-traumatique (Everill et Waller, 1995b)
 - automutilation sous forme de coupures, brûlures, égratignures et meurtrissures (Brown, 1997; DeGroot et coll., 1992; Everill et Waller, 1995b).

Qu'il s'agisse de troubles de l'alimentation ou de la violence familiale, le corps est le terrain où se livre la bataille du pouvoir et du contrôle. Par la violence, l'individu se voit privé de son pouvoir; l'anorexie et la boulimie lui permettent de réaffirmer son contrôle. Toutefois, les troubles de l'alimentation et la violence sont souvent emmurés dans le silence et la honte. Par conséquent, nombreuses sont les filles et les femmes qui continuent d'être exposées à un risque de complications médicales sérieuses, de lésions et d'effets psychologiques négatifs.

Mortalité chez les filles et les femmes

Au Canada, entre 1974 et 1993, environ 75 femmes ont été tuées chaque année par leur conjoint (Duffy, 1998). Six fois plus de femmes autochtones sont tuées par un conjoint que de femmes non autochtones (Duffy, 1998). Près de 43 % de toutes les voies de fait contre la conjointe nécessitent l'attention d'un médecin, et le tiers des femmes vivant dans une relation de couple violente craignent pour leur vie en raison de la gravité des mauvais traitements qui leur sont infligés (Statistique Canada, 1993). À vrai dire, la peur d'être blessées ou de mourir est aussi élevée chez les femmes violées par leur conjoint ou leur partenaire que chez celles qui sont violées par un étranger (Koss, 1989). Outre la menace posée par la violence, les femmes victimes d'abus sexuel pendant leur enfance, d'agression sexuelle à l'âge adulte ou de coups et blessures risquent davantage de tenter de se suicider (DeGroot et coll., 1992; Schaaf et McCanne, 1994; Yoder, 1999). Par ailleurs, les groupes à haut risque, tels les jeunes filles et les femmes autochtones et/ou lesbiennes, bisexuelles et bi-spirituelles³ sont plus exposés au risque de suicide que les autres.

Environ 90 % des personnes qui meurent d'anorexie et de boulimie sont des filles et des femmes (Gagnon, 1996). Parmi tous les troubles mentaux, les troubles de l'alimentation sont ceux qui mettent le plus la vie en danger (Zerbe, 1992). Ainsi, approximativement 5 % des filles et des femmes atteintes d'anorexie meurent de complications ou d'inanition au cours des 5 à 8 premières années suivant l'apparition de la maladie (Woodside, 1995). Le risque de mortalité augmente chaque année. Sur une période de 20 ans, entre 13 % et 20 % des femmes anorexiques meurent (Woodside, 1995). Sur une période de 3 à 5 ans, on observe

3 Selon les traditions des Premières nations, le terme « bi-spirituel » est employé pour reconnaître le caractère sacré des personnes qui trouvent leur équilibre en étant l'hôte d'un esprit mâle et d'un esprit femelle (Deschamps et Wahsquonaikezhik, 1998 : 10).

un taux de mortalité de 5 % chez les femmes boulimiques (Woodside, 1995). Vingt pour cent des décès dus à l'anorexie surviennent chez des adolescentes (Gagnon, 1996). Des maladies graves accompagnent l'anorexie chronique dans 56 % des cas (Herzog et coll., 1997). Nombre d'effets sur la santé peuvent être irréversibles, même après le rétablissement de la personne (Société canadienne de pédiatrie, 1998). Chez les femmes âgées, les troubles de l'alimentation ont des effets particulièrement délétères (Cosford et Arnold, 1992), et chez la vaste majorité des femmes de 70 ans et plus, ces troubles entraînent la mort (Gagnon, 1996).

Bien que bon nombre des effets cliniques associés à la violence familiale soient sérieux, l'anorexie et la boulimie mettent en danger la santé et la vie de la personne. Aussi bien la violence que les troubles de l'alimentation peuvent être invalidants pour la femme, et peuvent aboutir à son décès. Si la violence familiale tout comme les troubles de l'alimentation sont sérieux, cela ne signifie pas pour autant qu'il existe entre eux une corrélation; en revanche, on peut en déduire que leur existence simultanée peut avoir des conséquences graves. De plus, les répercussions des troubles de l'alimentation et de la violence s'étendent bien au-delà de la femme ou de la fille qui en souffre. Elles affectent également la santé et le tissu social et économique de la collectivité qui les entoure.

Liens entre la violence envers les femmes et les filles, l'anorexie et la boulimie

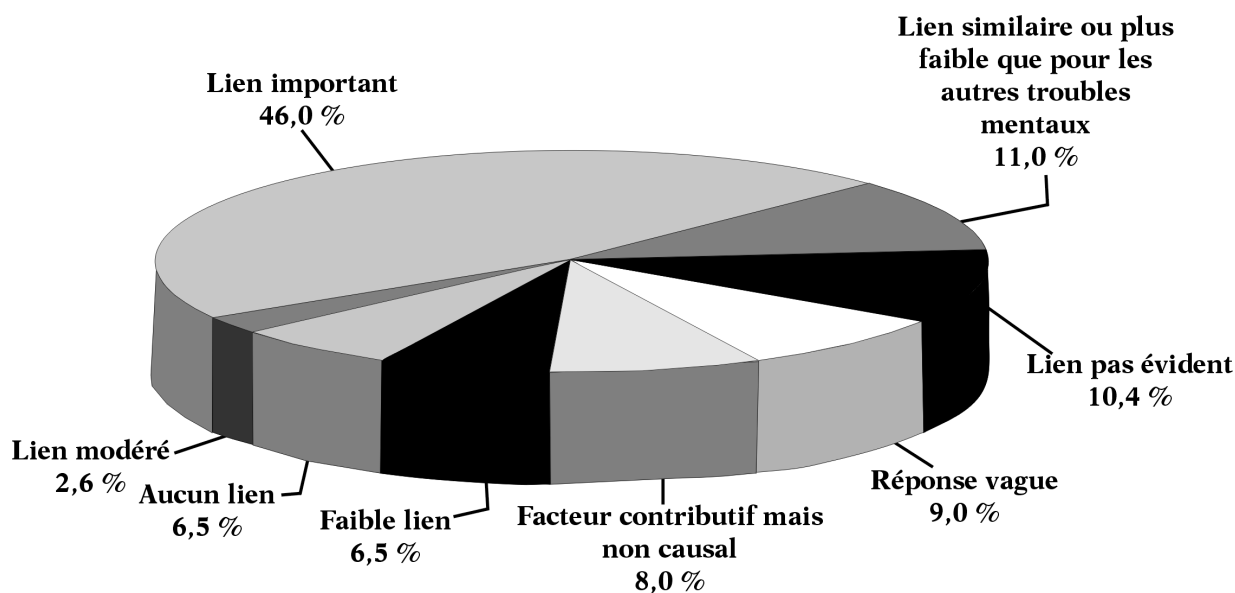
Près des deux tiers (63 %) des 123 fournisseurs de services ayant répondu à notre étude ont dit observer chez leur clientèle un lien entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation. Seulement 6,5 % affirment qu'il n'y a pas de lien. Au Canada, les estimations concernant le nombre de femmes et de filles atteintes d'anorexie et de boulimie qui ont été victimes de violence familiale varient grandement d'un répondant à l'autre. Selon une estimation moyenne calculée pour l'ensemble des fournisseurs de services, 50 % des femmes qu'ils traitent pour des troubles de l'alimentation ont des antécédents d'une forme quelconque de violence – sexuelle, physique, affective ou psychologique⁴. L'estimation moyenne était plus faible (30 %) au Québec et à Terre-Neuve et plus élevée (60 %) en Saskatchewan et au Nunavut/Territoires du Nord-Ouest.

Environ 9 % des personnes ayant relevé un lien ont indiqué qu'il était modéré ou faible. Par ailleurs, près de 8 % des répondants ont souligné que la violence était un facteur contributif mais non l'unique cause. Cependant, près de la moitié (46 %) des fournisseurs de services contactés ont caractérisé le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation de l'une des façons suivantes : « évident », « important », « absolu », « toujours », « habituellement » ou « presque toujours ».

Tout comme dans les études publiées, les réponses variaient grandement d'un fournisseur de services à l'autre, reflétant les différences dans les définitions de la violence, les critères diagnostiques des troubles de l'alimentation, le type de population desservie et le type de traitement fourni. Les sections suivantes du présent rapport analysent plus à fond les expériences de nos répondants à l'égard des diverses formes de violence, de différents groupes d'âge, leurs observations concernant les facteurs médiateurs influant sur la violence et les troubles de l'alimentation, leurs explications de leurs expériences et leurs approches thérapeutiques.

4 L'estimation moyenne de 50 % représente la moyenne, la médiane et la valeur modale des réponses que nous ont fournies les 123 fournisseurs de services des différentes régions du Canada. L'écart-type est de 25,14 %.

Figure 1 : Réponses des fournisseurs de services canadiens concernant un lien possible entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation



La violence infligée aux enfants et le développement de troubles de l'alimentation

Abus sexuel durant l'enfance

L'abus sexuel est un sujet qui suscite de l'intérêt et qui fait l'objet d'études depuis le milieu des années 80 (Thompson, 1992). Cet intérêt croissant s'est doublé d'un travail d'exploration de la possibilité que la violence sexuelle durant l'enfance soit un facteur contributif de l'anorexie et de la boulimie. Bien que les estimations varient grandement, les rapports de recherche révèlent que, dans l'ensemble, environ 30 % des femmes présentant des troubles de l'alimentation ont été victimes d'abus sexuel (Connors et Morse, 1993). Selon les données recueillies sur 25 838 adolescentes en Colombie-Britannique, 28 % des jeunes filles signalant des pratiques obsessionnelles à l'égard du poids ont aussi déclaré avoir été abusées sexuellement (McCreary Centre Society, 1998). Près du quart (23 %) des fournisseurs de services canadiens contactés ont affirmé qu'il existait un lien évident entre l'abus sexuel pendant l'enfance et le développement de l'anorexie ou de la boulimie.

Plusieurs facteurs peuvent influencer sur le lien entre l'abus sexuel et les troubles de l'alimentation. Toutefois, les femmes sont exposées à un plus grand risque de troubles de l'alimentation si elles ont vécu plusieurs expériences sexuelles non

désirées (Mullen et coll., 1993) ou ont fait face à plusieurs agresseurs (Davenport, Browne et Palmer, 1994), ou si l'abus sexuel s'est accompagné de violence physique (Miller, 1996; Wonderlich et coll., 1997).

Les femmes ayant été victimes d'abus sexuel extrafamilial pendant l'enfance (c.-à-d. aux mains d'une personne de l'extérieur de la famille) ont signalé plus fréquemment que les autres des crises de boulimie et des vomissements, des jeûnes et l'usage d'anorexigènes (Hernandez, 1995). L'abus sexuel intrafamilial (aux mains d'un membre de la famille) (Baldo et Baldo, 1996; Baldo, Wallace et O'Halloran, 1996; Waller, Halek et Crisp, 1993), en particulier un proche parent de sexe masculin (Mullen et coll., 1993), est lié à une plus grande probabilité et à de plus graves manifestations de troubles de l'alimentation. Des chercheurs canadiens ont aussi observé une différence au niveau du type de trouble qui se développe. Par exemple, chez les femmes boulimiques, celles qui se purgent peuvent être plus nombreuses à avoir été victimes d'abus sexuel que celles qui ne se purgent pas (Garfinkel et coll., 1996a). Par ailleurs, les taux d'abus sexuel sont élevés chez les Canadiennes atteintes des deux types d'anorexie (Garfinkel et coll., 1996b).

Il est effroyable de constater que, pour un nombre effarant de filles, l'activité sexuelle est synonyme de violence et de viol bien avant qu'elles n'entament une vie sexuelle positive basée sur le consentement mutuel.

- Thompson, B.W. (1994)

Violence physique durant l'enfance

Le rôle de la violence physique durant l'enfance dans le développement de troubles de l'alimentation a suscité beaucoup moins d'attention que celui de l'abus sexuel durant l'enfance (Reto, Dalenberg et Coe, 1996; Rorty et Yager, 1996). Néanmoins, quelques chercheurs soutiennent qu'il existe un lien. Plus du tiers des adolescentes de Colombie-Britannique interrogées qui ont signalé avoir fréquemment des crises de boulimie ou se faire vomir, utiliser fréquemment des anorexigènes ou tenter souvent de perdre du poids, ont déclaré des antécédents de violence physique (McCreary Centre Society, 1998). Par ailleurs, on constate une incidence plus élevée de troubles de l'alimentation et de cas plus graves de boulimie chez les petites filles, les adolescentes et les femmes autochtones, afro-américaines, latino-américaines et blanches qui ont subi des sévices physiques (Hernandez, 1995; Reto, Dalenberg et Coe, 1996). De plus, il est plus fréquent que les femmes boulimiques aient été victimes de sévices physiques réitérés et graves et aient été brutalisées au cours de l'année ayant précédé l'apparition des symptômes (Welch, Doll et Fairburn, 1997; Welch et Fairburn,

1996). Enfin, les femmes maltraitées physiquement peuvent avoir plus de difficulté à reconnaître la faim et la satiété que celles qui sont victimes d'abus sexuel (Schaaf et McCanne, 1994).

On a également constaté que la honte de son corps (Andrews, 1997) et un milieu familial perturbé sur le plan affectif (Schmidt, Humfress et Treasure, 1997) renforcent les liens entre la violence physique et la boulimie. Plus particulièrement, les recherches laissent entrevoir que la boulimie peut être une réaction dissociative à la violence physique et au sentiment de honte qui en découle (Nagata et coll., 1999; Reto, 1998).

Parmi les fournisseurs de services que nous avons contactés, un sur sept (14 %) a affirmé qu'il existe un lien entre la violence physique subie durant l'enfance et le développement de troubles de l'alimentation. D'après un répondant de la Colombie-Britannique, environ 60 % de ces troubles seraient directement liés à des sévices physiques. Dans l'ensemble, les études publiées et l'expérience des fournisseurs de services révèlent que des antécédents de violence physique peuvent contribuer au développement de troubles de l'alimentation, notamment de la boulimie.

Interactions familiales durant l'enfance

Sept fournisseurs de services (5,7 %) ont souligné que le dysfonctionnement familial et des relations familiales qui laissent à désirer jouent un rôle dans le développement de l'anorexie et de la boulimie. Les difficultés suivantes semblent, entre autres, être des facteurs dans ce processus : le manque de communication, l'incapacité de résoudre les conflits, les degrés plus élevés d'intensité des conflits, le perfectionnisme et le fait d'être témoin de violence à l'égard d'une femme ou d'un enfant. Une répondante qui fournit des services a défini ce qu'elle a appelé la « violence intellectuelle » comme une forme de violence verbale exercée par les parents appartenant à la classe moyenne ou bien nantie, dans le cadre de laquelle le sarcasme, le perfectionnisme, une autorité excessive et des attentes élevées minent l'estime de soi de l'enfant. Dans les publications consultées, les facteurs mis en lumière comprennent l'indifférence des parents, l'autorité parentale excessive, la discorde familiale et la désapprobation des parents (Schmidt, Tiller et Treasure, 1993). Leighton (1989) croit également que le fait pour des enfants d'être témoins d'actes de violence envers une femme est lié au développement de troubles de l'alimentation.

Par ailleurs, selon 14 % des fournisseurs de services, la *violence psychologique ou verbale* durant l'enfance est liée à l'apparition de l'anorexie et de la boulimie. Un répondant a observé que des antécédents de violence verbale étaient très courants, alors qu'un autre a laissé entrevoir que la plupart de ses clientes avaient été victimes de violence psychologique plutôt que physique. Pour sa part,

Thompson (1994) a constaté que beaucoup de troubles de l'alimentation commencent par la « recherche d'un refuge » contre les sévices physiques ou des formes de violence psychologique telles que les insultes, les accusations, les refus de donner à l'autre des preuves d'amour, le manque d'attention accordé aux besoins essentiels et le manque de contact physique. Selon Rorty et Yager (1996), il faut prendre en compte un continuum de mauvais traitements qui comprend l'indiscrétion du parent ou de la personne qui a la garde de l'enfant (p. ex., le fait d'ouvrir le courrier de l'enfant, de lire son journal intime, d'écouter aux portes, etc.) et les relations à caractère sexuel (p. ex., exhibition des organes génitaux, partage de matériel pornographique, etc.).

Les fournisseurs de services ont également attiré l'attention sur les messages préjudiciables touchant l'alimentation que les enfants reçoivent au sein de leur famille, entre autres la violence verbale au sujet de leur taille et de leur embonpoint, le refus de donner des aliments à l'enfant, le fait de forcer l'enfant à manger et les préjugés sociaux associés aux types et à la quantité d'aliments. Les repas peuvent être stressants et peuvent devenir pour les parents l'occasion d'exercer leur autorité et leur violence (Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993a). Des femmes atteintes de boulimie ont fait en substance les commentaires suivants : « c'était un soulagement lorsque mon père n'était pas présent à table »; « lorsque j'étais jeune, mon père faisait des réflexions au sujet du poids de ma mère »; « lorsque j'avais de la peine ou que j'étais fâchée, ma mère avait l'habitude de m'offrir des aliments pour me consoler »; « aussi bien mon père que ma mère me forçaient à manger des aliments que je n'aimais pas » (Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993a). Si à l'autorité exercée pendant les repas s'ajoutent l'abus sexuel et des mauvais traitements, la nourriture elle-même peut devenir symbole de conflit, d'ingérence et de souffrance.

Les femmes boulimiques étaient plus nombreuses à signaler de mauvaises expériences en ce qui concerne les repas et les aliments, des niveaux de stress et de conflit élevés durant les repas, l'utilisation par les parents des aliments comme instruments de punition ou de manipulation et l'importance accordée par la famille aux régimes amaigrissants et au poids (Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993b). Les interactions familiales durant les repas et en ce qui a trait à l'alimentation peuvent être particulièrement lourdes de conséquences pour les jeunes filles si l'accès à la nourriture varie selon le sexe. Dans certains foyers, on a tendance à donner une plus grande quantité d'aliments aux garçons et à les encourager à manger, alors qu'on incite de plus en plus les filles qui entrent dans l'adolescence à réduire leur consommation d'aliments afin d'attirer les garçons (Thompson, 1992).

Les expériences de la violence, l'anorexie et la boulimie chez les jeunes et les adolescents

Les chercheurs qui se penchent sur les expériences vécues durant l'enfance traitent souvent du lien entre la violence familiale d'ordre sexuel, physique et psychologique et le développement de troubles de l'alimentation chez les adolescents. Mais il existe d'autres types de violence qui sont propres à l'adolescence.

Dans une étude épidémiologique qui portait sur la violence à l'égard des adultes et les troubles répertoriés dans le DSM-III-R, Danielson et ses collaborateurs (1998) ont indiqué qu'entre 35 % et 50 % des jeunes adultes étaient plus ou moins maltraités par leur partenaire. Mercer (1987)⁵ a réalisé une enquête auprès des étudiantes d'une école secondaire de Toronto; parmi elles, 20 % ont déclaré être victimes de mauvais traitements dans leur relations amoureuses. Le Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse a observé que, parmi les jeunes femmes qui fréquentaient quelqu'un, 11 % étaient victimes d'abus sexuel, 32 % de violence psychologique et 18 % de sévices physiques (Day, 1990). De plus, trois fois plus d'adolescentes mariées (de 15 à 19 ans) sont victimes de meurtres que de femmes adultes mariées (Centre canadien de la statistique juridique, 1994).

Malheureusement, pratiquement aucun chercheur n'a examiné le rôle des coups et blessures dans les relations amoureuses chez les adolescentes et leur manifestation antérieure ou le développement subséquent de troubles de l'alimentation. Toutefois, l'un des fournisseurs de services nous a informé que, pendant les séances de groupe, les filles atteintes d'anorexie et de boulimie parlent beaucoup de la violence à l'école, entre amis et dans les fréquentations. En outre, si les garçons de moins de 13 ans risquent davantage d'être maltraités physiquement dans leur milieu familial, les filles risquent davantage de l'être lorsqu'elles sont plus vieilles (Gadd, 1997).

Les jeunes lesbiennes et homosexuels, quant à eux, se heurtent à l'homophobie aussi bien de la part de leur famille que de la part de leurs pairs. L'adolescence est une période où ils subissent des pressions pour fréquenter des personnes de l'autre sexe et pour s'engager dans un discours hétérosexuel et prendre des décisions quant à l'affirmation de leur identité sexuelle. Soulignons qu'au Canada, entre 20 % et 50 % de tous les jeunes de la rue sont des homosexuels ou des lesbiennes (Deschamps, 1998); nombre d'entre eux ont opté pour ce mode de vie afin d'échapper à l'homophobie manifestée par leur famille ou leurs pairs. Lors des recherches effectuées en préparation de sa thèse, Samis (1995) a constaté que 5 % des lesbiennes et 11 % des homosexuels de la région de

5 Les recherches menées par Mercer (1987), par le Centre canadien de la statistique juridique (1994), et par Leighton (1989) ont été intégrées et font l'objet d'un rapport produit par les Battered Women's Support Services (1997).

Vancouver avaient été tabassés par des membres de leur famille. Thompson (1994) a mis en évidence le rôle de l'homophobie comme forme de « violence psychique » dans le développement de troubles de l'alimentation. Les lesbiennes qu'elle a interrogées ont signalé avoir eu des crises de boulimie en réaction à l'isolement dans lequel elles vivaient parce qu'elles affirmaient leur identité sexuelle (Thompson, 1992). D'après les recherches réalisées en Colombie-Britannique, 15 % des jeunes non hétérosexuels déclarent se purger de temps à autre comparativement à 6 % des jeunes hétérosexuels (McCreary Centre Survey, 1999). Une répondante qui fournit des services a fait observer que, « dans de nombreux cas de troubles de l'alimentation », les femmes qui venaient la consulter « mettaient en question leur sexualité ». Un autre fait vient étayer le lien entre l'homophobie et les troubles de l'alimentation : la prévalence plus élevée de l'anorexie chez les jeunes hommes homosexuels que chez les jeunes hommes hétérosexuels (French et coll., 1996; ce point a également été soulevé par l'un des fournisseurs de services que nous avons consultés).

L'adolescence s'accompagne de plusieurs changements dans le mode de vie : le jeune affirme son indépendance, occupe un emploi à temps partiel, passe plus de temps à l'extérieur de la maison, conduit une automobile, augmente sa masse adipeuse, fait des choix de carrière, accorde une plus grande place à ses pairs et subit des pressions sociales quant aux critères esthétiques (Chapman, 1994). L'adolescente, pour sa part, peut voir sa liberté entravée par des interdictions et par l'autorité parentale pendant qu'elle construit son identité d'adulte (Hill et Holmbeck, 1987). Elle reçoit des messages l'encourageant à protéger sa sexualité et prend conscience de la nature sexiste de ces consignes si ses frères peuvent rentrer plus tard le soir, sont moins surveillés et se voient imposer moins de restrictions (Atwood, 2001; Peters, 1994; Zani, 1991). De cette façon, elle devient de plus en plus un corps indigne de confiance (Gremillion, 1992). La situation devient de plus en plus difficile si des membres de la famille ou des pairs font des remarques ou des plaisanteries à caractère sexuel au sujet de son corps, lorsque le développement de ses attributs sexuels secondaires devient l'objet de harcèlement, ou encore si elle a été victime ou est victime d'abus sexuel (LaBarbera, 1984; Larkin et Popaleni, 1994; Smith, 1997).

Les familles peuvent encourager les jeunes femmes à se fixer des objectifs et à se créer une image corporelle qui favorisent l'ascension sociale. En fait, certains chercheurs ont avancé l'hypothèse que l'ascension sociale est un facteur contributif des troubles de l'alimentation. La perte de poids est devenue un symbole de succès dans les relations interpersonnelles et de réussite matérielle (Striegel-Moore, 1995). En Amérique du Nord, la minceur est un signe de compétence, d'intelligence, d'affirmation de soi et de maîtrise de soi (Smith, Waldorf et Trembath, 1990). Les femmes doivent souvent modifier leur corps pour avoir accès à un emploi, à des études et à des ressources pécuniaires (Littlewood, 1995). Les parents font souvent pression sur les jeunes femmes pour

qu'elles restent minces, suivent un régime et mangent moins ou plus légèrement (Tsiantis et King, 2001; Vincent et McCabe, 2000). Or, il s'est révélé que l'intensité des pressions familiales en faveur du contrôle du poids influe sur les liens entre les normes de minceur, l'insatisfaction face à son corps et les troubles de l'alimentation (Twamley et Davis, 1999). En effet, des manifestations plus sérieuses de troubles de l'alimentation ont été associées à des attitudes plus critiques de la mère envers le poids durant l'adolescence (Ritter, 1998). Par contre, on a constaté que des rapports familiaux solides réduisaient le risque de troubles de l'alimentation chez les jeunes victimes de violence (Neumark-Sztainer et coll., 2000). Faisant écho à ces constatations, les recherches donnent à penser que les jeunes qui ont passé plus de temps dans des foyers d'accueil ou de groupe (Garfinkel et coll., 1995) et les jeunes sans abri (Freeman et Gard, 1994) sont ceux qui courent le plus grand risque de boulimie.

Tant l'assimilation raciale que l'assimilation dans une classe sociale sont associées à la minceur et aux régimes amaigrissants (Root, 1990). Dans le cadre des entrevues menées par Thompson (1992), les Afro-Américaines comme les Portoricaines ont mis en relief les pressions familiales qu'elles avaient subies pour imiter les normes de minceur de la classe moyenne de race blanche. Par exemple, une femme a expliqué que, depuis que sa famille était passée d'une classe ouvrière à une classe dirigeante, elle avait mis fin aux repas copieux, à la valorisation d'enfants potelés et au maintien d'abondantes réserves d'aliments dans la maison pour insister désormais sur l'élégance et la minceur et encourager la prise d'anorexigènes.

Root (1990) analyse plus à fond la façon dont la dévalorisation des cultures non européennes amène les adolescentes de couleur à adhérer à des valeurs européennes de beauté et à rejeter leur culture d'origine. Elle fait remarquer que ce processus se déroule au stade du développement où les filles sont le plus vulnérables aux troubles de l'alimentation. Ainsi, par exemple, une Afro-Américaine a associé le trouble de l'alimentation dont elle souffrait aux remarques de sa grand-mère blanche qui avait l'habitude de lui dire qu'elle ne serait jamais aussi jolie que ses cousines à la peau plus claire (Thompson, 1992). La violence a aussi des effets sur l'identité raciale. « La violence sexuelle ébranle l'idée que l'on se fait du "nid familial". Puisque l'identité raciale s'établit surtout au sein de la famille, ce processus de socialisation est inévitablement interrompu lorsque le nid familial n'est plus un refuge, mais un lieu où l'on vit dans le stress et la peur » (Thompson, 1994). Un fournisseur de services a précisé que, pour les jeunes femmes de la première génération au Canada, les tiraillements entre la culture dominante et l'identité culturelle que leurs parents cherchent à préserver constituent un facteur déclenchant des troubles de l'alimentation.

Par ailleurs, la dynamique familiale peut avoir des répercussions particulières sur les adolescents atteints de maladies chroniques et de handicaps. Il s'est révélé que les jeunes atteints d'une maladie chronique courent un plus grand risque de troubles de l'alimentation que ceux qui n'en souffrent pas (Neumark-Sztainer et coll., 1998). On a également observé, dans le même échantillon de jeunes, des niveaux inférieurs de communication familiale, de compréhension et de soutien de la part des parents et d'attentes parentales. En outre, les adolescents atteints d'une maladie chronique sont plus nombreux à avoir signalé être victimes d'abus sexuel et de sévices physiques (Neumark-Sztainer et coll., 1998). De telles constatations laissent deviner que l'interaction d'une dynamique familiale non favorable, de la violence familiale et de la présence de maladies chroniques peut davantage exposer les jeunes à l'anorexie et à la boulimie. Les femmes handicapées, pour leur part, indiquent faire face aux mêmes pressions que leurs consoeurs physiquement aptes pour ce qui est de se conformer aux normes relatives à la silhouette, à la taille et au poids (McCarthy, 1998; Watson, 1999). Toutefois, les recherches menées auprès d'échantillons de femmes atteintes d'arthrite, d'affection visible des vaisseaux sanguins, d'affections cutanées, de diabète (Ben-Tovim and Walker, 1995), de lésions rachidiennes (Beatus, 1997), de troubles d'apprentissage (McCarthy, 1998) et d'autres handicaps physiques visibles (Watson, 1999) ont généralement révélé que les femmes handicapées ne méprisent pas plus leur corps ou n'en ont pas une image plus négative que les femmes physiquement aptes. Ces femmes ont plutôt expliqué qu'en raison de la discrimination dont elles peuvent faire l'objet, elles se sentent plus que les autres forcées de « se mettre sur leur trente et un » (Watson, 1999).

Outre ce qui précède, les répondants consultés dans le cadre de cette étude ont signalé l'impact du harcèlement subi par les jeunes filles à l'école secondaire. Ils ont aussi attiré l'attention sur la violence en milieu scolaire. Selon une personne qui fournit des services, 80 % des filles qui viennent la consulter pour des troubles de l'alimentation subissent une forme quelconque de violence à l'école, et le harcèlement est plus fréquent que la violence verbale, sexuelle ou physique⁶. Un autre répondant a rapporté « une escalade de la violence psychologique entre les filles, pouvant prendre la forme d'insultes ou d'attaques malveillantes ». Il s'est également révélé que les railleries des pairs permettent de prévoir l'estime du corps et le comportement alimentaire chez les adolescentes (Lieberman et coll., 2001). En fait, les recherches récentes sur le rôle des pairs dans les troubles de l'alimentation donnent à penser que les membres d'une même clique d'amis ont tendance à partager les mêmes préoccupations quant à l'image corporelle et à adopter les mêmes comportements à l'égard des régimes amaigrissants (Paxton et coll., 1999). Les filles dont les amies ont des

6 Cette observation est corroborée par le profil statistique de la violence chez les jeunes, qui fait état de faibles niveaux de sévices physiques infligés entre filles ou par des filles (Reitsma-Street, 1999).

comportements excessifs vis-à-vis de la perte de poids risquent davantage d'adopter les mêmes comportements (Paxton et coll., 1999). Les chercheurs ont observé que même en troisième et en cinquième année, il existe une corrélation entre les préoccupations des élèves quant à leur alimentation et à leur corps et leur acceptation par leurs camarades (Oliver et Thelen, 1996).

La violence et les troubles de l'alimentation chez les adultes et les personnes âgées

Coups et blessures

Peu d'études ont été menées sur le lien entre les troubles de l'alimentation et la violence physique chez les adultes (Kaner, Bulik et Sullivan, 1993). Certaines données dont on dispose sont tirées de travaux effectués aux États-Unis. Dans une étude réalisée il y a environ 10 ans, 45 % des femmes atteintes de boulimie ont signalé avoir été victimes de violence physique au moins une fois dans le cadre d'une relation entre adultes (Root et Fallon, 1988). Parmi elles, 23 % ont été violées, 23 % ont été battues et 6 % ont été violées et battues. Dans une étude américaine plus récente, près des deux tiers des femmes interrogées qui avaient subies des violences conjugales graves satisfaisaient aux critères d'une ou plusieurs catégories diagnostiques de troubles mentaux. En outre, les chercheurs ont observé chez elles des taux élevés de troubles de l'humeur, d'anorexie/boulimie et de problèmes de toxicomanie (Danielson et coll., 1998).

L'étude qui a produit le plus d'information sur la question est probablement celle menée par Kaner, Bulik et Sullivan (1993). D'après ces chercheurs, 40 % des femmes boulimiques, comparativement à 5,9 % des femmes non boulimiques, ont été battues entre une et trois fois par semaine au cours d'une relation d'adultes. Le risque de coups et blessures était donc 6,8 fois plus élevé chez les femmes atteintes de boulimie. En outre, celles-ci étaient plus nombreuses à se culpabiliser pour la violence subie et à penser qu'elle la méritait que les femmes non boulimiques. Un autre facteur entre en ligne de compte si la femme quitte son agresseur et doit vivre dans des conditions de pauvreté similaires ou pires que celles qu'elle connaissait à l'origine et dans lesquelles la nourriture constitue l'une des substances les moins coûteuses pour compenser (Thompson, 1992).

Si l'on se fonde sur les résultats de ces études, les coups et blessures et d'autres formes de violence dans les relations amoureuses hétérosexuelles et lesbiennes peuvent jouer un rôle dans le développement et la manifestation des troubles de l'alimentation.

Quatre des fournisseurs de services contactés lors de la préparation du présent rapport ont établi un lien entre, d'une part, l'anorexie et la boulimie et, d'autre part, l'agression physique. Un répondant a mentionné que « le scénario le plus courant est celui d'une femme mariée boulimique présentant des antécédents de violence familiale », ajoutant que les enfants issus de foyers violents courent également un risque. Un autre fournisseur de services a également observé que les troubles de l'alimentation avaient tendance à se manifester chez les femmes dans la trentaine et la quarantaine qui avaient été maltraitées dans leur enfance et qui avaient plus récemment été victimes de violence familiale. Parmi les établissements et les praticiens qui traitaient des clientes leur ayant été recommandées, certains ont signalé que nombre d'entre elles venaient de refuges pour femmes battues. D'autres ont indiqué qu'ils devaient parfois orienter des femmes présentant des troubles de l'alimentation vers de tels refuges en raison de l'urgence de leur situation et de leur propre manque de connaissances du domaine de la violence. Notre comité consultatif a fait la réflexion suivante :

[les gens ont tendance] . . . à beaucoup parler de traitement intégré lorsque les femmes viennent consulter pour leur trouble de l'alimentation. Que faut-il faire lorsque des femmes viennent chercher un soutien, un soutien affectif, ou veulent qu'on les défende parce qu'elles vivent une relation de couple violente et que la question des troubles de l'alimentation surgit pendant la séance de counselling ou dans le cours de l'approche thérapeutique? Nous procédons plutôt de façon inverse : quand les femmes viennent consulter et sont traitées pour leur trouble de l'alimentation, nous abordons le problème de la violence, mais comment adopter une approche intégrée?

Traumatismes sexuels chez les adultes

De nombreux chercheurs ont recueilli des données démontrant l'existence d'une association entre un traumatisme sexuel subi dans le passé et la boulimie (Baldo et Baldo, 1996; Connors et Morse, 1993; Dansky et coll., 1997; Everill et Waller, 1995a; 1995b; Lanzi et coll., 1997). Dans son étude sur les femmes afro-américaines, latino-américaines, juives et nord-américaines de race blanche, Thompson (1992) a observé que les antécédents d'abus sexuel étaient le traumatisme que les participantes associaient le plus souvent au développement de leurs troubles de l'alimentation. Dans une étude menée aux États-Unis auprès de 3 006 femmes, les chercheurs ont relevé des taux supérieurs de viol, d'atteinte à la pudeur, de voies de fait graves, de victimisation directe et de syndrome de stress post-traumatique actuel ou au cours de la vie chez les participantes atteintes de boulimie (Dansky et coll., 1997). Dans un échantillon d'étudiantes du niveau collégial, plus du double des jeunes filles boulimiques (56,8 %) que des jeunes filles non boulimiques (26 %) ont signalé avoir échappé de justesse à une agression sexuelle (Beckman et Burns, 1990). De plus, un lien a été établi entre

le viol et des rapports oraux forcés et la boulimie (Welch et Fairburn, 1996). Des études canadiennes montrent aussi que 82 % des femmes incarcérées dans des établissements fédéraux et 72 % des femmes incarcérées dans des établissements provinciaux sont victimes d'abus sexuel ou de sévices physiques, voire les deux. Dans cette même population, 59 % des détenues ont révélé une tendance à l'automutilation, et nombre d'entre elles présentaient des troubles de l'alimentation (Conseil national de prévention du crime du Canada, 1995).

Dans le cadre de notre étude, six fournisseurs de services (5 %) ont indiqué que l'agression sexuelle et le viol étaient liés aux troubles de l'alimentation chez les Canadiennes. Un répondant a également mis l'accent sur le rôle du harcèlement sexuel.

Personnes âgées

Entre 1986 et 1988, la violence envers les personnes âgées au Canada a connu une hausse de près de 20 % (National Aging Resource Centre on Elder Abuse, 1990). Globalement, on estime que ce type de violence touche entre 1 % et 10 % de la population âgée, les taux d'incidence atteignant 36 % dans le cas de la violence physique et 81 % dans le cas de la violence psychologique dans certains établissements (Patterson, 1994). Environ 4 % des Canadiens âgés vivant dans des maisons ou logements privés signalent être victimes de mauvais traitements, et le cinquième d'entre eux indiquent faire l'objet de plusieurs types de violence (Swanson, 1999). Le risque de subir de la violence est environ une fois et demi plus élevé chez les femmes âgées que chez les hommes âgés (5:3) (Podnieks et coll., 1990). En 1992, environ 1,4 million de femmes de 45 à 64 ans étaient maltraitées par leur conjoint (Mother's Report Call to Action, 1994). Dans une enquête réalisée en Ontario, 20 % des infirmières et des infirmières auxiliaires ont indiqué avoir été témoins d'actes de violence contre des patients au sein de maisons de soins infirmiers : 10 % ont mentionné que d'autres membres du personnel avaient frappé ou poussé des patients, et 28 % ont constaté que certains criaient ou juraient contre des patients ou leur faisaient des remarques désobligeantes (Ens, 1998).

La violence envers les personnes âgées peut prendre diverses formes : coups et blessures, agression sexuelle, emploi de moyens de contention, défaut de fournir des soins ou de satisfaire les besoins fondamentaux, humiliation, isolement, intimidation, abandon et exploitation financière. En outre, les personnes âgées font face à un isolement croissant en raison du décès ou de la perte de leurs amis, de leurs frères et soeurs et de leur conjoint(e) ou de leur amoureux(se). Ils ne disposent pas toujours d'un réseau grâce auquel ils pourraient trouver de l'aide ou un refuge pour fuir des environnements violents. Le risque de privation alimentaire et de contrôle de l'alimentation est particulièrement élevé chez les femmes âgées lorsque celles-ci dépendent d'autres personnes pour faire les

courses, pour préparer et planifier les repas ou pour manger. Elles peuvent aussi être victimes d'infantilisation dans leurs relations changeantes avec des adultes plus jeunes, infantilisation qui se manifeste surtout dans les interactions entourant l'alimentation.

Pour la femme âgée qui fait face à de la violence physique ou sexuelle, des moyens de contention, une attitude condescendante ou de la négligence, c'est le corps vieillissant qui est le site du traumatisme. Elle peut décider tout simplement que « son heure est venue » et réduire sa consommation d'aliments. Son désir de vouloir à nouveau exercer un contrôle sur son corps peut se manifester par des épisodes au cours desquels elle refuse de manger ou bien elle consomme une quantité excessive d'aliments et se purge. L'alimentation est l'un des rares moyens par lesquels la femme âgée a l'impression d'exercer un contrôle. Wiederman (1996), par exemple, analyse le cas d'une femme de 86 ans qui a développé un trouble de l'alimentation après avoir été admise dans un établissement. Cette femme a décrit son environnement de la façon suivante : bruit et manque d'intimité, aucun mot à dire dans le choix et la préparation des aliments, mauvaise qualité des aliments, frustration causée par la perte de son autonomie. Par ailleurs, une veuve de 80 ans a expliqué qu'un régime amaigrissant et la purgation lui avaient fait perdre du poids et procuré un soulagement, ce que son mari lui avait refusé en lui interdisant de subir une réduction mammaire (Beck, Casper et Andersen, 1996). Cette femme avait donc vécu avec cette source d'embarras social et d'inconfort physique jusqu'à l'âge de 73 ans, lorsque son conjoint est décédé.

Les troubles de l'alimentation chez les femmes ménopausées sont sous-diagnostiqués, ne sont pas reconnus comme des diagnostics légitimes ou suscitent un certain scepticisme (Cosford et Arnold, 1992). Dans une étude ayant porté sur cinq patientes de plus de 55 ans atteintes de troubles de l'alimentation, les chercheurs ont constaté que toutes étaient suivies par un médecin et deux d'entre elles consultaient un psychiatre. Cependant, aucun trouble de l'alimentation n'avait été diagnostiqué chez ces patientes (Hsu et Zimmer, 1988). Pourtant, ces types de trouble sont trop souvent fatals pour les personnes âgées. Un peu plus de 78 % des décès dus à l'anorexie surviennent chez des personnes de plus de 45 ans (Gagnon, 1996). Lorsque les personnes âgées dépendent de la famille ou des établissements pour leurs ressources financières, leur transport, leur hébergement ou la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, elles courent alors le risque d'être victimes de mauvais traitements. Si les aliments sont utilisés comme une arme ou s'ils sont fournis par la personne en contrôle dans un contexte qui favorise la dépendance, l'alimentation peut devenir une expérience désagréable que la personne âgée cherche à éviter.

La révélation du problème et son rôle

Dix-huit (15 %) des fournisseurs de services consultés ont soulevé la question de la révélation dans le contexte de l'évaluation du lien entre la violence à l'égard des femmes ou des filles et les troubles de l'alimentation. Les filles et les femmes qui sont hospitalisées ou qui veulent être traitées pour une anorexie ou une boulimie peuvent hésiter à révéler qu'elles ont été ou sont maltraitées. Il peut être difficile d'aborder la question de la violence en raison du silence qui l'entoure, de la menace qui pèse sur la personne et du refus des filles, des frères et soeurs ou des parents d'admettre qu'elle existe au sein de la famille. Le silence est encore plus difficile à percer dans les petites villes et en milieu rural où l'anonymat et la stigmatisation sont une source de préoccupation (Jiwani, Moore et Kachuk, 1998). Un fournisseur de services a également fait observer que « les familles ayant des secrets à cacher, comme des antécédents de violence, ne sont pas portées à recourir à un programme d'aide ».

Les femmes et les filles victimes de violence peuvent être moins en mesure de suivre un traitement pour l'anorexie et la boulimie. De plus, vu que les antécédents de violence ou le traumatisme sexuel aussi bien que le trouble de l'alimentation sont stigmatisés, la fille ou la femme qui est victime des deux aura moins tendance à aller chercher de l'aide ou ira chercher une aide pour un problème, mais hésitera à dévoiler l'autre. Comme l'a fait remarquer un membre du comité consultatif : « En raison du principe de l'accessibilité, qu'il s'agisse d'antécédents de violence, de mauvais traitements ou d'un trouble de l'alimentation, les gens sont souvent très réticents à en parler. Et plus ils sont jeunes, plus ils hésitent parfois. »

Il importe de souligner, cependant, que les femmes et les filles révèlent plus souvent être victimes de violence lorsque la question leur est posée directement (Ferris, Nurani et Silver, 1999). Tant l'American College of Obstetricians and Gynecologists que l'American Medical Association recommandent le dépistage systématique de la violence chez les femmes et les filles. Néanmoins, si l'on en juge par les études canadiennes et américaines, les professionnels de la santé indiquent qu'ils ne posent pas systématiquement ou directement de questions sur la violence (Ferris, Nurani et Silver, 1999).

Selon un fournisseur de services, le cadre dans lequel le sujet est abordé peut jouer un rôle déterminant pour ce qui est d'amener la femme ou la fille à révéler que la violence a contribué au développement de son trouble de l'alimentation. Les répondants ont analysé plusieurs variables liées au cadre. D'après certains diététistes et nutritionnistes, les femmes ont plus tendance à faire ce genre de révélation à d'autres types de professionnels de la santé mentale qu'à eux. En particulier, un thérapeute était d'avis qu'un examen des structures et systèmes familiaux avait tendance à encourager les femmes à se confier. Trois

fournisseurs de services ont indiqué que les séances en groupe sont souvent plus propices à des révélations et à des discussions établissant un lien entre la violence et les troubles de l'alimentation que les séances individuelles. La violence est ensuite abordée dans le contexte d'une thérapie individuelle, contexte plus approprié selon au moins un répondant. Par ailleurs, un fournisseur de services a fait valoir que la question de la violence familiale était rarement soulevée lors des séances de groupe. On a aussi souligné que lorsque le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation était abordé directement au cours de l'évaluation initiale, il arrivait plus souvent que le problème de violence soit révélé.

Par ailleurs, on a observé des niveaux plus élevés de troubles de l'alimentation chez les femmes qui avaient révélé auparavant l'existence de mauvais traitements et qui s'étaient heurtées à une réaction négative (Everill et Waller, 1995a). Des réactions telles que l'incrédulité, le rejet de la faute sur la fille ou la femme, le fait de ne pas tenir compte des révélations et la punition peuvent intensifier chez la victime ses sentiments de dévalorisation, d'infériorité et de stigmatisation (Brown, 1997; Everill et Waller, 1995a). Elle peut se sentir trahie, douter de ce que son corps a ressenti ou douter de sa capacité de communiquer ses expériences (Everill et Waller, 1995b). Ses révélations peuvent aboutir à l'expulsion du père de la maison et à la perte subséquente de revenu; elle peut aussi être accusée d'avoir « détruit la famille » et en devenir le bouc émissaire (Friedrich, Urquiza et Beilke, 1986). Dans le contexte de la discrimination courante qui entoure le retrait des enfants de leur famille, la femme autochtone peut craindre de perdre ses enfants si elle révèle être aux prises avec des troubles de l'alimentation ou des problèmes d'alcoolisme, ou encore être battue.

Tout comme les fournisseurs de services que nous avons interrogés, certains chercheurs pensent que les résultats des recherches sur les liens entre la violence et les troubles de l'alimentation peuvent ne pas concorder, en partie, à cause d'une sous-révélation des expériences violentes due au déni de la réalité, à la répression et à la dissociation (Connors et Morse, 1993; Miller, 1996). Cela peut être particulièrement le cas des filles et des femmes qui ont été victimes de formes plus graves de violence (Miller, 1996). En outre, les filles et les femmes ne sont pas toujours en mesure d'associer leurs expériences à de la violence, même lorsqu'on leur pose la question directement. Par exemple, dans une étude, 42 % des enfants qui ont décrit leurs expériences multiples de sévices infligés par leurs parents, tels que brûlures, morsures, coups de pied et volées de coups avec un objet, ne les ont pas assimilés à de la violence (Reto, Dalenberg et Coe, 1996).

Miller (1996) a mis en lumière quelques stratégies d'évaluation qui favorisent la révélation de la violence, entre autres des définitions plus générales de la violence, le recours à la technique de « questionnement orienté inversé » (c.-à-d. questions précises qui se recourent au sujet de l'expérience) et l'entrevue. Des

questionnaires détaillés, complétés par des entrevues, permettent d'obtenir le plus d'information (Connors et Morse, 1993). L'entrevue s'est avérée un outil particulièrement efficace dans le cadre d'une étude où le tiers (33 %) des femmes qui n'avaient pas indiqué, sur un questionnaire initial, avoir été abusées sexuellement durant leur enfance, ont fait cette révélation plus tard dans une entrevue (Miller, 1996). La validité des entrevues est également confirmée par les cas de violence infligée à des enfants signalés par des femmes, qui révèlent habituellement des taux élevés de corroboration, dépassant 75 % (Weiner et Stephens, 1996). Ferris, Nurani et Silver (1999) ont recommandé qu'on questionne les femmes sur des actes précis (p. ex., des gifles) plutôt que sur des problèmes généraux (p. ex., la violence conjugale), à l'aide soit d'instruments de dépistage (p. ex., des listes de contrôle), soit d'entrevues en privé avec la patiente.

Âge

Les fournisseurs de services ont brossé un tableau assez uniforme des âges auxquels les femmes font l'expérience de la violence, révèlent l'existence de mauvais traitements et cherchent à obtenir de l'aide. Globalement, ils ont indiqué que le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation affecte les femmes tout au long de la vie. Même si beaucoup de femmes présentant des troubles de l'alimentation ont été victimes de violence au cours de l'enfance (par exemple, à l'âge de 9 ou 10 ans), la plupart d'entre elles ne révèlent l'existence des mauvais traitements qui leur ont été infligés et ne développent des troubles de l'alimentation qu'à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par ailleurs, les femmes sont moins enclines à parler de la violence qui leur est infligée actuellement que de la violence dont elles ont été victimes dans le passé. Selon un fournisseur de services, les jeunes femmes et les adolescentes ne révèlent pas toujours l'inceste et l'abus sexuel; en revanche, les femmes plus mûres qui ne dépendent plus de leur famille ont plus tendance à s'ouvrir à cet égard.

D'après les fournisseurs de services, les femmes sexagénaires et septuagénaires souffrent aussi de troubles de l'alimentation qui sont liés à la violence. La recherche semble indiquer que l'abus sexuel durant l'enfance demeure un facteur important à prendre en considération dans les cas de troubles de l'alimentation qui apparaissent plus tardivement (Beck, Casper et Anderson, 1996). Les souvenirs et les émotions qui y sont associées persistent même lorsque la femme avance en âge. Le rétablissement des femmes âgées atteintes d'anorexie et de boulimie repose en grande partie sur la cicatrisation des blessures dues à la violence qui leur a été infligée dans le passé (Beck, Casper et Anderson, 1996).

Les études portant sur la violence envers les filles et les femmes, l'anorexie et la boulimie sont, pour ainsi dire, essentiellement rétrospectives. Elles consistent à demander aux femmes et aux adolescentes de se souvenir des mauvais traitements qu'elles ont subis et des milieux dans lesquels elles ont vécu durant leur enfance (p. ex., DeGroot et coll., 1992; Miller, 1996; Moyer et coll., 1997; Schmidt, Tiller et Treasure, 1993). Malheureusement, une telle démarche est généralement axée sur des échantillons d'adultes qui revoient leur enfance avec une perspective d'adulte, plutôt que sur des échantillons d'adolescents au moment où de nombreux troubles de l'alimentation se développent (Herzog et coll., 1991). Or, l'occasion pour les jeunes de révéler l'existence à la fois de troubles de l'alimentation et de problèmes courants de violence familiale ou d'autres formes de violence constitue un élément indispensable d'une approche thérapeutique intégrée et d'une meilleure compréhension de la violence en tant que facteur contribuant au développement d'un trouble de l'alimentation.



Comprendre les liens

Les explications données par les fournisseurs de services au sujet du lien entre la violence et les troubles de l'alimentation permettent de dégager cinq thèmes : causalité, capacité d'adaptation, contrôle et pouvoir, estime de soi et contexte socioculturel.

Causalité : Les expériences de violence entraînent-elles des troubles de l'alimentation?

Nombre de chercheurs et de cliniciens ont observé des taux élevés de violence chez les filles et les femmes atteintes d'anorexie et de boulimie. Toutefois, certains se sont demandés si ce lien ne tient simplement au fait que la violence comme les troubles de l'alimentation touchent principalement les femmes et les filles (Connors et Morse, 1993). Si l'abus sexuel est un facteur qui contribue au développement de troubles de l'alimentation, l'abus sexuel à l'endroit des enfants doit obligatoirement précéder l'apparition des symptômes. Selon certaines données, l'abus sexuel précède effectivement l'anorexie et la boulimie et y a contribué, du moins dans certains cas. Pour plus de 90 % des filles qui ont été abusées sexuellement, l'âge auquel s'installent les troubles de l'alimentation se situe *après* leurs premières expériences de la violence (Herzog et coll., 1993; Miller, 1996). D'après ces deux recherches et selon un fournisseur de services, ce serait en moyenne vers l'âge de 9 ou 10 ans que les femmes présentant des troubles de l'alimentation auraient été maltraitées pour la première fois (Miller, 1996). Par ailleurs, environ 10 % des femmes qui deviennent boulimiques ont été abusées sexuellement au cours de l'année qui a précédé l'apparition de leurs symptômes. (Welch, Doll et Fairburn, 1997).

Selon des chercheurs (Welch et Fairburn, 1996) et certains fournisseurs de services, il faut prendre garde de ne pas « simplifier exagérément » le lien entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation. « Une approche qui met l'accent sur une relation causale biunivoque ou directe peut aussi laisser échapper de nombreux aspects plus individuels et expérientiels du traumatisme qui entrent en jeu dans cette population particulière » (Brown, 1997). Dans l'ensemble, les analystes et de nombreux fournisseurs de services ont conclu que si l'abus sexuel durant l'enfance n'est ni suffisant ni nécessaire pour déclencher des troubles de l'alimentation, il n'en est pas moins un facteur contributif (Connors et Morse, 1993; Dansky et coll., 1997; Reto, Dalenberg et Coe, 1996; Rorty et Yager, 1996). Comme l'a fait observer un membre de notre comité consultatif, « il n'est pas nécessaire ni suffisant que les personnes aient été victimes de violence dans le passé pour qu'elles deviennent anorexiques ou boulimiques, mais il existe un lien évident dans un nombre considérable de cas ».

Des antécédents de violence ont été caractérisés comme un facteur contributif dans un modèle complexe à plusieurs déterminants qui inclut à la fois des facteurs de risque et des facteurs de résilience.

Aptitude à faire face à la violence

Neuf fournisseurs de services nous ont signalé que les troubles de l'alimentation constituent l'un des mécanismes qui permettent aux filles et aux femmes ayant été victimes de violence de faire face à la situation. En particulier, l'alimentation est un moyen de faire face au stress et à des problèmes familiaux sous-jacents plus graves. L'anorexie et la boulimie peuvent se révéler des façons de réagir à la douleur ou à la difficulté de vivre avec la violence actuelle ou passée.

Les raisons venant expliquer les crises de boulimie peuvent être multiples et varient selon les sujets. Pour certaines femmes, le fait de manger les aide à se calmer, à soulager leur anxiété et à tromper leur solitude (Thompson, 1992). Pour les adolescentes victimes de violence sexuelle, la nourriture constitue la « drogue » la plus accessible et la plus socialement acceptable (Thompson, 1992). La dissociation peut fournir un lien entre des antécédents de violence sexuelle ou physique et des troubles de l'alimentation subséquents. La dissociation permet de fuir un traumatisme alors que toute fuite physique est impossible (Everill et Waller, 1995a). Les crises de boulimie, en particulier, peuvent servir à barrer le passage aux émotions, à l'auto-dévalorisation, aux souvenirs persistants, à la peur, à la culpabilisation et à la colère engendrée par la prise de conscience (Everill et Waller, 1995b; Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993a; Wonderlich et coll., 1997). Les crises de boulimie centrent l'attention des filles ou des femmes sur le présent immédiat, empêchant ainsi la dépression, l'anxiété et les pensées de se manifester (Wonderlich et coll., 1997). De plus, elles provoquent des changements physiologiques qui sont similaires aux changements chimiques durables qui se produisent dans l'organisme à la suite d'un traumatisme (Wonderlich et coll., 1997). De cette façon, elles « anesthésient » la femme, lui permettant d'engourdir ses émotions et de trouver un soulagement (Brown, 1997; Thompson, 1992). On peut établir un parallèle entre l'impression de « quitter son corps » que procure les crises de boulimie et l'impression de « quitter son corps » qu'on peut éprouver pendant qu'on subit de la violence sexuelle ou physique (Thompson, 1992). De plus, le fait de manger de grosses quantités d'aliments favorise le sommeil et représente un autre moyen de refouler la douleur (Thompson, 1992). Puisque la femme ou la fille refoule ses émotions, ses souvenirs et ses expériences par des crises de boulimie, elle peut ensuite ressentir le besoin de se « purifier » en se purgeant (Brown, 1997; Waller, Ruddock et Cureton, 1995). Thompson (1994) décrit la boulimie comme un mécanisme par lequel le sujet « vomit » la violence.

La violence à l'endroit des enfants peut inclure la privation de nourriture, l'alimentation forcée, l'ingestion forcée, la violence psychologique liée à l'alimentation et au poids, l'ingestion forcée de vomissures ou d'aliments gâtés, les sévices physiques pendant les repas, l'utilisation d'aliments comme des récompenses ou comme un moyen d'acheter le silence après un acte de violence et l'utilisation d'aliments pendant des actes sexuels (Brown, 1997). Dans les pensionnats canadiens, les aliments servaient souvent d'armes. Les enfants autochtones ont dû supporter la privation de nourriture (qui constituait une forme de punition ou un moyen de faire des économies), l'ingestion d'aliments impropres à la consommation humaine, l'ingestion forcée de vomissures, une nutrition inadéquate pour la croissance et la subsistance, l'alimentation forcée, le régime au pain sec et à l'eau en tant que punition et les volées de coups pour avoir essayé de se procurer un peu plus d'aliments ou d'eau (Chrisjohn, Young et Maraun, 1997). Ces privations et ces punitions s'accompagnaient de nombreux actes de violence physique et sexuelle.

La recherche laisse entrevoir que les jeunes hommes ont plus tendance à exprimer la douleur causée par la violence, alors que les jeunes femmes ont plus tendance à la refouler, ouvrant ainsi la voie à l'automutilation et aux troubles de l'alimentation (Totten, 1997). En outre, lorsqu'ils sont utilisés comme une arme, les aliments peuvent provoquer un dégoût ou représenter un produit sur lequel la fille ou la femme n'a pas été habituée à exercer un contrôle ou auquel elle n'a pas l'habitude d'avoir accès. Certains aliments peuvent raviver des souvenirs d'éjaculation en raison de leur aspect ou de leur consistance, ce qui portera la victime à les éviter ou à se purger (Brown, 1997). En ce qui concerne les filles et les femmes qui ont été l'objet de violence en milieu familial ou en établissement, un chercheur nous rappelle que « leurs stratégies alimentaires sont apparues comme des solutions logiques aux problèmes plutôt que comme des problèmes en soi, pendant qu'elles essayaient de faire face à divers traumatismes » (Thompson, 1992).

Contrôle et pouvoir

De plus en plus, le modèle théorique utilisé pour comprendre les troubles de l'alimentation qui considère le désir de minceur comme le facteur central de ce genre de troubles fait place à un modèle qui met l'accent sur le contrôle et l'impuissance (Thompson, 1992; 1994). Ce changement d'optique permet de comprendre plus clairement le lien entre la violence envers les filles et les femmes, d'une part, et l'anorexie et la boulimie, d'autre part.

Selon Sandy Friedman (1994; 1999), le sujet qui fait l'expérience de la violence a de la difficulté à communiquer, à être en relation avec les autres. L'auteure souligne en particulier que, pour les filles, la relation avec les autres est essentielle à l'estime de soi. En tentant de se définir par rapport aux autres, de plaire aux autres, en étant réduites au silence, en subissant des changements dans leur vie, les filles risquent de « s'effondrer moralement ». L'auteure indique également que « si vous êtes victime de violence, il peut arriver que vos liens avec les autres soient rompus – la confiance, les relations avec les autres ». C'est précisément cette coupure des liens et la perte d'identité qui, selon elle, seraient la cause fondamentale des troubles de l'alimentation.

Neuf fournisseurs de services ont fait valoir que les troubles de l'alimentation sont l'un des moyens par lesquels les filles et les femmes victimes de violence cherchent à prendre leur vie en main. Par exemple, un répondant a expliqué qu'il faut considérer « les troubles de l'alimentation dans le contexte du contrôle et du sentiment d'impuissance au sein d'une famille violente ». À vrai dire, les études montrent que les antécédents d'abus sexuel sont liés à un degré plus faible de contrôle perçu (Waller, 1998). Les fournisseurs de services ont indiqué que l'insécurité qui règne dans le milieu familial peut inciter les jeunes femmes à chercher un aspect de leur vie qu'elles peuvent maîtriser. Comme l'a fait remarquer un répondant, « la seule chose sur laquelle elles peuvent exercer un contrôle est leur apport alimentaire ». Une travailleuse de première ligne qui intervient auprès des femmes battues a constaté « que l'alimentation est assujettie à des règles, qu'on refuse des aliments à des personnes ou qu'on les prive de nourriture, et qu'il existe d'autres façons d'utiliser les aliments comme un moyen de contrôle »; elle a aussi attiré l'attention sur l'internationalisation de ce contrôle par les femmes.

Le propre de l'abus d'autorité est qu'il nous empêche d'exercer un contrôle sur nos vies, à l'exception du pouvoir de nous détruire. En particulier, nous en sommes réduits à ne pouvoir exercer un contrôle sur notre propre corps.

- fournisseur de services et victime d'anorexie

Le cycle crise de boulimie-purgation constitue un moyen d'« exprimer sa colère, d'atténuer le stress et la tension, de retrouver son identité, d'exercer un contrôle, d'assurer la prévisibilité des événements, de délimiter son espace personnel et de "se purifier" à la suite d'une expérience de violence » (Everill et Waller, 1995b). Tant pour la fille qui vit encore chez ses parents que pour la femme qui a quitté le foyer familial, le refus de manger représente une manière de manifester son

hostilité envers le parent ou le parent-substitut violent, ou envers le parent qui a été incapable de la protéger, ou encore de le punir (Brown, 1997; Lee et Lee, 1996; Williams, Wagner et Calam, 1992).

La violation répétée des frontières corporelles personnelles peut engendrer chez la femme un sentiment d'impuissance (Everill et Waller, 1995a). Elle peut avoir l'impression d'avoir perdu la maîtrise de son corps (Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993) ou que son corps l'a trahie en se révélant faible, vulnérable, petit ou en tenant le rôle d'objet sexuel (Brown, 1997). « La violence comme les troubles de l'alimentation réduisent considérablement la capacité d'une femme de considérer que son corps lui appartient » (Thompson, 1994). Les chercheurs ont observé que les degrés de contrôle perçus sont faibles chez les femmes victimes de violence et encore plus faibles chez celles dont les tentatives visant à reprendre le contrôle en révélant le problème ont échoué (Everill et Waller, 1995a). En adoptant un comportement alimentaire ritualisé, la victime peut se donner l'impression d'exercer un contrôle sur sa vie et sur son corps (Brown, 1997). Alors que les anciennes théories psychodynamiques associaient cette façon d'exercer un contrôle à l'immaturité et à l'attitude rebelle de l'adolescent, les modèles actuels laissent entendre que la recherche du contrôle est un moyen ingénieux et efficace de résister à un environnement auquel il est impossible d'échapper (Thompson, 1992; 1994).

Selon Root (1990), chez les groupes privés de nourriture à cause d'une guerre ou de la discrimination, la symptomatologie alimentaire peut se manifester par l'accumulation de nourriture ou une compulsion à manger. Par exemple, les prisonniers qui sont presque morts de faim dans le camp d'Auschwitz-Birkenau, ont signalé être constamment préoccupés par la nourriture (Ryn, 1990). Des groupes de discussion ont évoqué un lien entre les habitudes alimentaires des Afro-Américains et l'héritage laissé par l'esclavage (Airhihenbuwa et coll., 1996). Il faudrait considérer les effets générationnels de ces expériences sur le comportement alimentaire comme un facteur dans le cadre de l'évaluation et du traitement. Pour le patient, il est possible que le rapport à la nourriture ne soit pas simplement un processus de guérison. Le rapport de la fille ou de la femme à sa collectivité et les processus de guérison auxquels recourt sa propre collectivité en ce qui concerne l'alimentation et la violence peuvent être d'importants facteurs de rétablissement. Un théoricien de Prince George, en Colombie-Britannique, par exemple, a affirmé que la restauration de la coutume du potlatch est essentielle à l'identité du peuple tsimshian, à son sentiment d'appartenance et à sa culture, ainsi qu'à son rétablissement des séquelles du colonialisme (McDonald, 1995).

Estime de soi

Selon quatre fournisseurs de services, une faible estime de soi est un élément commun qui unit les troubles de l'alimentation et l'expérience de la violence familiale. Trois d'entre eux ont fait ressortir que la violence infligée aux enfants a pour effet de rabaisser leur estime de soi et que les troubles de l'alimentation constituent l'un des mécanismes leur permettant de faire face à ce sentiment. En réalité, les femmes atteintes de troubles de l'alimentation qui signalent avoir subi des actes sexuels non désirés ont plus tendance à se sentir contaminées par l'expérience et à avoir une faible estime d'elles-mêmes sur le plan sexuel (Waller, Ruddock et Cureton, 1995). Selon les recherches, il existe un lien entre la honte éprouvée par une femme à la suite d'une expérience sexuelle non désirée et le développement de l'anorexie (Schmidt et coll., 1997).

L'abus sexuel subi par une femme peut susciter chez elle un sentiment de dégoût à l'égard de son propre corps, de sa féminité et de sa sexualité (Brown, 1997). Les filles qui ont été victimes d'abus sexuels durant l'enfance sont plus portées à se trouver grosses, laides et sans valeur pendant l'adolescence (Schaaf et McCanne, 1994). Les sentiments négatifs ont surtout pour cibles les parties du corps associées à la sexualité, telles que les seins, le ventre et les fesses (Miller, McCluskey-Fawcett et Irving, 1993a), et peuvent amener le sujet à se mettre au régime et à se purger pour les modifier (Thompson, 1992). En fait, dans l'étude menée par Griffiths et McCabe (2000), les adolescentes qui se disaient le plus insatisfaites face à leur corps étaient celles qui présentaient le plus grand nombre de comportements pathologiques liés à l'alimentation. De plus, l'une des principales variables de prédiction de l'insatisfaction envers le corps était l'estime de soi.

Par ailleurs, un fournisseur de services a constaté que les critiques ayant trait à l'aspect physique peuvent aussi miner la confiance en soi des filles et des femmes. D'après Thompson (1992), « l'exposition à des traumatismes a eu des conséquences qui allaient bien au-delà de la déformation de l'image visuelle que les femmes se faisaient d'elles-mêmes. Souvent, ces traumatismes ont mis en péril leur capacité de prendre conscience qu'elles avaient un corps. » Thompson emploie l'expression « conscience du corps » plutôt que celle d'« image du corps » pour décrire la capacité de la femme de se sentir à l'aise dans son corps et de considérer que son corps est lié à elle. C'est précisément cette conscience du corps qui est perturbée par la violence et qui entre en jeu dans le développement de troubles de l'alimentation.

Certains chercheurs associent la boulimie à l'auto-dévalorisation chez les filles et les femmes qui ont été victimes de violence familiale (Everill et Waller, 1995b). Des sentiments d'incompétence, d'infériorité, d'inutilité, de culpabilité et d'anxiété peuvent fournir le « lien psychique » entre la violence et le

développement de troubles de l'alimentation (Brown, 1997; Hernandez, 1995). D'ailleurs, l'auteur de la violence exploite souvent la culpabilité de sa victime en vue de la réduire au silence (Everill et Waller, 1995b).

Le contexte socioculturel

Pour bien comprendre le lien entre la violence et les troubles de l'alimentation, il faut le rattacher au contexte socioculturel dans lequel s'inscrivent les expériences des femmes. L'industrie de l'esthétique et des produits d'amaigrissement réalise chaque année des bénéfices bruts d'environ 30 milliards de dollars (Pike et Walsh, 1996). Un examen de 222 études menées au cours des 50 dernières années a révélé que le nombre de femmes ayant une piètre image de leur corps a considérablement augmenté depuis les années 70, comparativement aux hommes (DeAngelis, 1997). Certains soutiennent « qu'il est fondamental pour la femme de comparer son corps aux canons culturels et de savoir que son corps fera l'objet de telles comparaisons par d'autres » (Frederickson et Roberts, 1997 : 192). En fait, les données montrent que, chez les femmes jeunes ou d'âge moyen, les pratiques alimentaires et les troubles de l'alimentation sont liés à la mesure dans laquelle elles ont une image négative d'elles-mêmes lorsque leur corps n'est pas conforme aux critères esthétiques culturels (McKinley et Hyde, 1996).

Plusieurs études ont établi que les stéréotypes concernant la grosseur prennent naissance dès l'enfance. Selon Lawson (1980), les élèves de 2^e, 4^e et 6^e année avaient des stéréotypes très négatifs en ce qui concerne les personnes de forte taille et des stéréotypes positifs en ce qui concerne les personnes de corpulence moyenne. Cette tendance s'accroissait avec l'âge. Brylinsky et Moore (1994) ont obtenu des réponses similaires auprès d'élèves de la maternelle jusqu'à la 4^e année. Par ailleurs, selon les recherches, lorsqu'on a présenté à des adolescentes des photographies montrant des mannequins aux formes rondes, celles-ci les aimaient moins et en faisaient une évaluation moins positive, à moins qu'une « excuse » ait été donnée pour expliquer leur embonpoint (DeJong, 1980). Autrement dit, la fille ou la femme de forte taille doit absolument prouver que sa surcharge pondérale est due à un problème médical et non pas à la paresse, à un manque de discipline ou à un laisser-aller. En réalité, Chrisler (1991) a constaté que « l'image est devenue un élément central de l'identité et qu'elle sert maintenant à véhiculer des aspects invisibles de l'identité, tels que les traits de personnalité ». Qu'ils soient gros ou qu'ils soient minces, les enfants ont des stéréotypes plus négatifs en ce qui a trait aux personnes de forte taille (Counts et Jones, 1986). La dévalorisation de la grosseur existe également chez les enfants et les adolescents canadiens (LeBow, 1988; LeBow et coll., 1989).

D'après les chercheurs, l'exposition des femmes aux images de minceur véhiculées par les médias (magazines et télévision) permet de prévoir les symptômes de troubles de l'alimentation, une quête de la minceur, une insatisfaction face au corps et un sentiment d'inefficacité (Harrison et Cantor, 1997). Dix fois plus d'annonces faisant la promotion de la minceur sont diffusées à l'intention des jeunes femmes qu'à l'intention des jeunes hommes (Andersen et Holman, 1997). Les images médiatiques transmettent les stéréotypes suivants : « les femmes de couleur sont soit grosses et privées de pouvoir (femmes afro-américaines et latino-américaines); grosses, autoritaires et asexuées; corrompues ou méchantes (asiatiques, américaines du Pacifique, originaires des îles et afro-américaines); exotiques (asiatico-américaines, races métissées); soit hystériques et stupides. Les Amérindiennes et les Autochtones de l'Alaska sont pour ainsi dire inexistantes » (Root, 1990). En 3^e année, 40 % des filles voudraient être plus minces (Kraft, 1998). Au Canada, plus de 50 % des filles de moins de 18 ans se voient trop grosses, même si 80 % signalent avoir un poids « normal » (McCreary Centre Society, 1993). Deux fois plus de filles que de garçons se trouvent grosses, et déjà, entre la 3^e et la 6^e année, deux fois plus de filles que de garçons suivent un régime amaigrissant (Andersen et Holman, 1997). Parmi les jeunes filles qui se mettent au régime, entre 70 % et 80 % sont insatisfaites de leur corps (Andersen et Holman, 1997). C'est pour cette raison que certains chercheurs recommandent la prudence lorsqu'on aborde la question de l'anorexie ou de la boulimie chez les femmes. En se concentrant surtout sur les explications biomédicales, les déficits et les préjugés intellectuels, les attitudes et croyances mésadaptées et les dysfonctionnements physiologiques, on risque de considérer la femme comme la seule source du problème et de ne tenir aucun compte de son contexte social (Malson et Ussher, 1996).

Bien que la fille ou la femme reçoive des messages quant à la silhouette et l'aspect qu'elle devrait avoir, elle est également exposée à des images de la violence qu'elle peut subir dans sa vie. Les magazines féminins populaires, par exemple, présentent le problème grave des femmes battues comme un problème qui concerne la vie privée, et plus particulièrement les femmes (Berns, 1999). De la même façon, les émissions de télévision vérité portant sur les crimes ont tendance à jeter le blâme sur les femmes battues où à mettre en évidence leur manque de collaboration (Carmody, 1998). Il n'est donc pas surprenant que l'approche agressive des médias engendre des sentiments encore plus forts d'impuissance chez les femmes (Pryor, Everett et Ridener, 1999; Reid et Finchilescu, 1995). En outre, les articles des journaux portant sur les viols et les meurtres de femmes sont écrits, plus souvent qu'autrement, à la forme passive; or, il est prouvé que ce style de rédaction entraîne une plus grande tolérance à l'égard de la violence chez les femmes comme chez les hommes (Henley, Miller et Beazley, 1995). L'impact de ces images médiatiques est décuplé lorsqu'elles

sont projetées dans les foyers, c'est-à-dire là où les femmes sont maltraitées. La fille qui est victime d'abus sexuel fait face à un scepticisme accru de la part des médias à l'égard de la violence envers les enfants (Benatar, 1995).

La fille ou la femme qui vit avec la violence fait face à l'interaction complexe des mauvais traitements, des remarques verbales désobligeantes, des canons de beauté, des régimes amaigrissants, des critères de minceur et des images médiatiques qui la stigmatisent ou qui mettent en question la crédibilité de la violence qu'elle subit. Dans un tel contexte, son corps devient pour elle un objet de honte, un objet sexuel méprisable. Elle se blâme pour la violence qui lui est infligée, ainsi que pour la façon dont il grandit et se développe. Les messages véhiculés par les médias ne peuvent que renforcer ceux que lui transmet son agresseur. Les troubles de l'alimentation peuvent être un moyen pour la fille ou la femme d'exercer un contrôle sur son corps violé et sur son corps discursif.



Questions liées au traitement de la violence et des troubles de l'alimentation

Nous avons dégagé huit thèmes à partir des réponses données par les fournisseurs de services aux questions concernant leurs modalités de traitement actuelles et leurs recommandations à cet égard : intégration du traitement, estime de soi, personnalisation du traitement, obstacles entravant l'accessibilité, isolement géographique, sécurité, questions liées au traitement des enfants, absence de financement et de services.

Intégration du traitement

Trois des fournisseurs de services ont souligné qu'il fallait reconnaître et traiter directement les liens qui existent entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation. Quatorze autres (11 %) ont dit que la prise en compte de ce lien était au coeur de leur approche. Environ 27 % ont indiqué que lorsque ces liens existaient, ils en tenaient compte. Un autre 5 % dispensent un traitement intégré si la femme ou la fille attache beaucoup d'importance à l'exploration de ce lien comme objectif thérapeutique. Deux programmes sont en train de mettre au point des documents d'information et un traitement en vue d'en arriver à une approche intégrée.

Par ailleurs, sept fournisseurs de services ont déclaré ne pas modifier leurs approches thérapeutiques de la violence ni des troubles de l'alimentation si ces deux phénomènes surviennent ensemble. Ces fournisseurs ont indiqué que les mauvais traitements, par exemple, seraient un autre aspect à considérer dans l'amélioration de l'estime de soi, mais qu'il ne s'agissait pas d'une question centrale. Dix des fournisseurs de services ont dit aborder le traitement de la violence et des troubles de l'alimentation séparément ou de façon séquentielle. Dans certains cas, une fois qu'un programme est terminé, la femme est transférée à un autre programme, ou encore elle est transférée temporairement pour recevoir une aide immédiate, puis est retransférée dans le programme original. Dans d'autres cas, elle peut recevoir tout d'abord des services de counselling pour les mauvais traitements, puis des services de counselling pour les troubles de l'alimentation. Bon nombre de femmes et de jeunes filles qui consultent pour des troubles de l'alimentation et font part ensuite des mauvais traitements dont elles sont victimes sont transférées ou adressées à un autre service. Elles sont orientées vers d'autres programmes, des psychiatres, des services de counselling individuel pour les victimes de violence, des refuges pour femmes ou des établissements dans des villes ou provinces plus peuplées. Dans d'autres cas, comme l'a découvert le comité consultatif, les programmes de

traitement des troubles de l'alimentation n'accepteront pas les personnes qui présentent une comorbidité, telle qu'une dépression. Cela contribue à morceler davantage les soins vu que, comme l'un des membres du comité consultatif l'a indiqué, « la personne est divisée en divers symptômes, qui sont traités par différentes cliniques ». Un autre membre du comité consultatif a également fait remarquer que cette politique ne reflète pas fidèlement la situation vécue par la femme : « Ce qui n'est pas logique c'est qu'une femme qui souffre d'un trouble de l'alimentation et qui est peut-être aussi victime de violence dans ses rapports de couple ne soit pas déprimée. »

En général, les ressources mises en place pour évaluer, traiter et soutenir directement les filles et les femmes qui sont à la fois victimes de mauvais traitements et souffrent de troubles de l'alimentation sont relativement rares. Les fournisseurs de services ont indiqué qu'ils aimeraient bien recevoir de l'information, discuter de ces questions et obtenir des ressources pour approfondir les liens entre les mauvais traitements, l'anorexie et la boulimie. Les chercheurs qui ont dépouillé les publications à ce sujet ont souligné qu'on a cruellement besoin de suggestions concernant une approche thérapeutique intégrée (Brown, 1997).

Estime de soi

Les fournisseurs de services et les membres du comité consultatif ont fait ressortir le rapport de force qui existe entre les professionnels et les patients. Un participant a mentionné que « le fait d'aller à l'hôpital est l'expérience d'impuissance la plus forte que peut avoir une fille », soulignant que ce sentiment d'impuissance risque d'accentuer son besoin d'actualiser son trouble de l'alimentation. Un autre participant a fait la remarque suivante :

J'ai vu toutes sortes de pratiques déplorables dans des hôpitaux où des médecins et des infirmières étaient en position de contrôle et de pouvoir par rapport à des personnes souffrant de troubles de l'alimentation très graves et ont, comme je l'ai vu au cours de ma longue expérience, traité souvent ces femmes d'assez piètre façon.

Onze fournisseurs de services ont cité l'estime de soi comme un axe principal de traitement. Comme l'a expliqué un répondant, un programme destiné à une femme ou à une fille qui à la fois a été maltraitée et souffre d'un trouble de l'alimentation doit aider à développer l'assurance, à restaurer la confiance et l'espoir. Il importe que la relation thérapeute-cliente soit chaleureuse et encourageante et ne reproduise pas la dynamique contrôlante des relations de domination passées.

Les fournisseurs de services ont souligné la nécessité de fournir aux clientes des nouvelles techniques positives d'adaptation pour faire face à la violence familiale et au stress, qui peuvent alors remplacer l'anorexie et la boulimie. On a notamment proposé l'utilisation de techniques d'affirmation positive et les auto-critiques constructives. Les répondants cherchaient en premier lieu d'autres moyens pour aider la femme ou la fille à prendre en main son existence ou la situation. En particulier, deux répondants ont fait valoir l'importance d'identifier les relations de violence en appelant les actes de violence par leur nom et en condamnant les gestes de la personne violente. Repenser la violence en cessant de s'en imputer la responsabilité est au coeur de la réévaluation par la femme de sa valeur personnelle et de son intégrité corporelle. En outre, on peut enseigner aux femmes à trouver des ressources pour faire face à la situation de violence et les encourager à s'affirmer pour surmonter leur crainte de la violence. Quatorze fournisseurs de services travaillaient sur l'image corporelle dans le cadre du traitement, et 21 fournissaient des services d'éducation et de sensibilisation à la violence, à l'alimentation, à la nutrition et à l'image corporelle.

Personnalisation du traitement

Faisant écho à la recherche (Fichter, 1995), dix des fournisseurs de services ont décrit une approche thérapeutique basée sur l'individu. Le rétablissement était défini comme un « processus très individuel », et l'accent était mis sur la capacité de la fille ou de la femme à choisir les principaux points qu'elle aimerait aborder. De cette façon, chaque femme est invitée à « établir ses propres liens avec ses expériences ». Plusieurs répondants ont signalé qu'une approche intégrée du traitement de la violence et des troubles de l'alimentation était utilisée seulement lorsque la cliente en faisait un de ses objectifs. Certains fournisseurs de services encourageaient les femmes à passer à l'acte, en utilisant la démarche qui leur convenait, afin de faciliter leur guérison. On proposait notamment des jeux de rôle, la rédaction de lettres et l'affrontement éventuel de la personne violente lorsque la sécurité de la cliente n'était pas en danger. Dans le cas de certains fournisseurs de services, l'accent lors du counselling était mis sur la croissance personnelle. On enseigne aux femmes à « écouter leur corps » et à examiner le trouble de l'alimentation comme « un moyen d'apprendre quelque chose de soi ».

Obstacles entravant l'accessibilité

D'après les renseignements que nous avons reçus des fournisseurs de services, les ressources et traitements disponibles au Canada sont surtout offerts exclusivement en anglais, l'accès dans les autres langues étant limité. Quatorze des fournisseurs de services consultés offraient des services soit en français seulement, soit en français et en anglais. Huit étaient en mesure de fournir de

l'aide dans d'autres langues que le français et l'anglais, et huit avaient accès à des interprètes au besoin. Un répondant trouvait difficile d'avoir recours à des interprètes lorsque la confidentialité ou la révélation de l'existence d'un problème constitue un problème critique. Comme l'a exprimé un fournisseur de services, ces femmes qui ne peuvent explorer, en anglais, les problèmes de la violence et des troubles de l'alimentation « n'ont pas beaucoup accès aux services et doivent en général se restreindre aux traitements offerts dans leur propre collectivité ».

Bien que les fournisseurs de services aient parmi leur clientèle divers groupes ethniques, bon nombre nous ont dit qu'ils desservaient une clientèle d'origine européenne plutôt homogène. Dix pour cent ont caractérisé leur clientèle comme étant « variée ». Certains fournisseurs de services ont mentionné en particulier certaines barrières culturelles qui entravent l'accès au traitement, une hésitation de la part des femmes non européennes à consulter et la difficulté à se confier à des professionnels qui ne connaissent pas bien les problèmes auxquels ces femmes font face. L'eurocentrisme au sein du système de santé fait notamment en sorte qu'il n'y a pas beaucoup d'information sur les problèmes de santé des femmes de couleur et a eu pour effet de décourager les femmes de consulter par crainte de renforcer les stéréotypes raciaux à leur sujet, soit comme étant des femmes « maternantes, bien entourées et obèses » (Bowen, Tmoyasu et Caucé, 1991; Dolan, 1991). En outre, l'anorexie et la boulimie ont à tort été considérées comme « la maladie de la reine de beauté » (Root, 1990) et on a présumé que les femmes de couleur étaient à l'abri ou « protégées par les différences culturelles » (DeAngelis, 1997; le Grange, Telch et Tibbs, 1998; Williamson, 1998). Ainsi, il arrive souvent qu'on ne croit pas les femmes de couleur, qu'on ne diagnostique pas leurs troubles alimentaires ou qu'on pose un diagnostic erroné ou tardif, ce qui fait que leur maladie est plus grave au moment du diagnostic (Pike et Walsh, 1996; Thompson, 1992). Cela pose particulièrement un problème vu que la gravité des symptômes au moment de la consultation pour un traitement semble être le meilleur indicateur du pronostic d'un trouble de l'alimentation (Casper et Jabine, 1996).

Bien des femmes de couleur ont également fait face à des perceptions stéréotypées de leur communauté, comme étant plus portée à la violence familiale, ancrée dans un système plus patriarcal, moins évoluée ou retardée sur le plan des relations entre les sexes. Il s'ensuit donc que les femmes de couleur peuvent hésiter à divulguer des expériences passées ou courantes de violence à des fournisseurs de services européens par crainte d'exacerber les stéréotypes raciaux, de perdre les liens qui les unissent à la communauté ou de trahir la solidarité communautaire (Flynn et Crawford, 1998).

Les fournisseurs de services ont également déploré le fait qu'ils n'étaient pas équipés pour répondre aux besoins des femmes et des filles autochtones. Un répondant a souligné que les gens des Premières nations qui la consultaient pour des troubles de l'alimentation avaient souvent été victimes de racisme. La définition de la « violence familiale » doit être examinée dans un contexte de colonialisme et inclure, par exemple, le placement dans le passé dans des pensionnats ou le retrait des familles et des communautés. « Les adultes ou les aînés peuvent considérer qu'ils n'ont pas de tribune pour exprimer leurs craintes ou que ce qu'ils vivent est étiqueté comme étant de la violence familiale, notamment en ce qui a trait à la violence psychologique et à la cruauté mentale » (Frank, 1992). Il est important que les fournisseurs de services reconnaissent que la « violence familiale » peut inclure la violence institutionnelle, la violence qu'on fait subir à la famille et des formes de violence systémique ou opprimante avec laquelle la famille doit composer.

Des recherches ont montré que les lesbiennes hésitent également à emprunter les voies habituelles d'accès aux soins de santé et se tournent plus souvent vers les médecines douces à cause d'expériences de discrimination vécues dans le passé (Simkin, 1991; 1998). Les lesbiennes qui consultent peuvent éviter d'indiquer leur préférence sexuelle par crainte d'être victimes d'homophobie (BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1995). La plupart des lesbiennes disent vouloir dévoiler leur orientation sexuelle à leur médecin de famille, mais doivent se sentir en sécurité et assez en confiance pour le faire (Geddes, 1994; Simkin, 1998).

En outre, les lesbiennes qui signalent être battues ou avoir été battues par un partenaire ou avoir été victimes d'une agression sexuelle par une femme doivent être prises au sérieux. Les praticiens doivent comprendre les problèmes particuliers aux lesbiennes battues qui diffèrent de l'expérience des femmes hétérosexuelles – absence de ressources et de refuges sûrs, loyauté envers sa communauté, absence d'anonymat dans la communauté, méfiance des autorités et de la communauté et lesbophobie intériorisée. La violence à l'intérieur des couples de lesbiennes peut en plus ne pas être prise au sérieux parce qu'on pense que celles-ci sont en quelque sorte « protégées » contre les canons de beauté féminine et contre les troubles de l'alimentation (DeAngelis, 1997). Les lesbiennes subissent également les effets des normes culturelles dans la société où elles vivent (Heffernan, 1996). La croyance selon laquelle elles ne risquent généralement pas de souffrir d'anorexie, de boulimie, d'être battues ou d'être agressées sexuellement par une femme peut faire en sorte qu'on ne reconnaisse pas les problèmes et peut contribuer à aliéner la femme qui suit un traitement.

Un fournisseur de services a fait mention de l'inaccessibilité et de l'absence de services adaptés pour les femmes souffrant de déficiences ou de maladies chroniques. Or, les femmes et les filles handicapées affichent des taux plus élevés de sévices physiques, d'abus sexuel et de coups et blessures (Hay, 1997). De plus, les femmes malentendantes ont les mêmes attitudes envers les aliments ou le même comportement alimentaire que les autres femmes (Fletcher, 1993). Les femmes atteintes de déficiences ou de maladies chroniques sont déjà stigmatisées comme ayant un « corps anormal » (Davis, 1995) et risquent de plus d'être étiquetées comme étant un cas pathologique lorsqu'elles avouent souffrir d'un trouble de l'alimentation. Les approches médicales de l'anorexie et de la boulimie en l'absence de soutien thérapeutique peuvent entraîner d'autres interventions alors que le corps est déjà surmédicalisé, ce qui décourage certaines femmes atteintes de déficiences ou de maladies chroniques de consulter. On doit demander à ces femmes qui se présentent avec des troubles de l'alimentation si elles sont victimes ou ont déjà été victimes de violence et si cette expérience joue un rôle dans leurs troubles. Par ailleurs, si elles consultent pour des mauvais traitements et présentent des signes de troubles de l'alimentation, on ne devrait pas présumer qu'elles souffrent d'une simple « complication médicale » et négliger leurs symptômes.

Les cliniciens et les chercheurs doivent reconnaître que les femmes et les filles hétérosexuelles et bisexuelles et les lesbiennes de toutes les races, de tous les groupes ethniques et classes sociales peuvent souffrir de troubles de l'alimentation. Les dispensateurs de soins primaires, les fournisseurs de services sociaux et d'autres professionnels doivent corriger l'idée fausse que les troubles de l'alimentation sont le lot des filles et des femmes qui sont toutes ou pour la plupart de race blanche, issues de la classe moyenne ou hétérosexuelles. Les projets de recherche et de traitement doivent chercher activement à inclure les filles et les femmes de couleur (Root, 1990), les lesbiennes et les femmes ou les filles qui vivent dans la pauvreté. Les cliniciens doivent prendre l'initiative de se renseigner sur les valeurs culturelles et prendre le temps de bâtir des relations avec les communautés (Root, 1990). Un traitement adapté sur le plan culturel tiendra compte de l'impact du racisme historique et actuel, des expériences d'immigration, du placement en établissement et du colonialisme sur les communautés et les individus. En particulier, il faut examiner l'impact de la privation d'aliments d'une génération à l'autre ainsi que chez les personnes vivant actuellement dans la pauvreté et en tenir compte dans le traitement individuel s'il y a lieu. Les fournisseurs de services doivent également prendre en compte les déficiences et les mauvais traitements. Il faut offrir des services physiquement accessibles tout en étant attentifs aux besoins des filles et des femmes qui présentent des déficiences auditives, visuelles, cognitives et des troubles du développement.

Les thèmes psychologiques centraux exprimés dans les troubles de l'alimentation sont la quête d'identité, de pouvoir, de côté spécial, de validation, d'estime de soi et de respect – thèmes importants dans la vie de toutes les personnes opprimées.

- Root, 1990: 526

Isolement géographique

Les femmes habitant en milieu rural, isolé ou dans de petites localités qui vivent une situation de violence ont des obstacles particuliers à surmonter pour avoir accès à des traitements : l'absence d'anonymat dans leur milieu de vie, la menace que présentent les armes à feu, l'absence de transports publics ou privés, l'absence de services de protection tels que la police dans leur région et l'incapacité de quitter physiquement les lieux ou de s'enfuir après avoir été battues (Jiwani, Moore et Kachuk, 1998). De tels facteurs peuvent exacerber le sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle que ces femmes éprouvent. Le contrôle exercé sur son alimentation peut devenir une façon d'exprimer son identité. Les services destinés aux filles et aux femmes qui consultent pour des mauvais traitements et des troubles de l'alimentation peuvent être très limités. Par exemple, certaines régions indiquaient qu'il n'y avait aucun programme public ou que l'accès à des psychologues et à des nutritionnistes était limité. Les femmes sont adressées à des services dans le grand centre urbain le plus proche, qui peut être à une heure ou plus de distance. Les petits centres urbains ont mentionné que les femmes et les filles qui ont besoin d'un traitement plus intensif ou d'être hospitalisées doivent être transférées dans de plus grosses villes. Dans les provinces plus petites et dans les régions du Nord, les femmes et les filles doivent souvent être transférées à l'extérieur de la province, loin de leur communauté et de leur famille, afin de recevoir les soins appropriés. Selon des fournisseurs de services, c'est particulièrement vrai pour l'obtention de services qui prennent en considération les liens entre la violence familiale et les troubles de l'alimentation. Il est également plus probable que les conseillers aient à se déplacer pour répondre aux besoins de la communauté et de la région environnante.

Sécurité

Quelques fournisseurs de services disent ne pas s'occuper de la violence dans le cas des femmes et des filles souffrant d'anorexie et de boulimie à moins que leur cliente ne coure un danger. Les fournisseurs de services qui ont adopté une approche intégrée ont cependant souligné que la sécurité de la personne est

primordiale durant la thérapie et lorsqu'on envisage des changements dans les programmes. On a recommandé d'effectuer des vérifications des tendances suicidaires et des évaluations du risque pour s'assurer de la sécurité de la fille ou de la femme. Un répondant a indiqué que lorsque des femmes souffrant de troubles de l'alimentation avouaient avoir été victimes de mauvais traitements, il évitait de pratiquer un examen physique et se limitait aux vérifications courantes afin de ne pas les traumatiser davantage. De même, un autre fournisseur de service a dit modifier ses approches corporelles dans le traitement des personnes victimes de mauvais traitements. On insiste davantage sur la sécurité « afin que les clientes se sentent en sécurité à l'intérieur de leur corps ».

Questions liées au traitement des enfants

Environ 5 % de tous les cas d'anorexie surviennent chez des enfants de moins de 12 ans (Nielsen, Lausch et Thomsen, 1997). L'accès de la petite fille à des services de traitement est une question particulièrement pertinente lorsqu'elle souffre d'un trouble de l'alimentation et a aussi des antécédents de violence familiale. Comme l'a indiqué un fournisseur de services, les mauvais traitements doivent être signalés et l'existence d'une situation de violence déterminera si les organismes de protection de l'enfance interviendront. Ainsi, les parents essaieront souvent de retirer leurs enfants du traitement. Un autre répondant a également expliqué que certains parents ou tuteurs peuvent ne pas collaborer au traitement parce qu'un parent/soignant est l'auteur des mauvais traitements ou parce qu'un divorce influe sur la dynamique familiale. Toutefois, des chercheurs ont remarqué que de nombreux enfants qui sont victimes de mauvais traitements ont des problèmes d'alimentation à court terme et qu'une intervention précoce peut contribuer grandement à prévenir l'apparition de troubles de l'alimentation (Williams, Wagner et Calam, 1992).

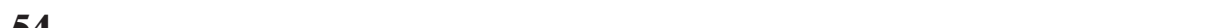
La Société canadienne de pédiatrie (1998) a mis en lumière certains des obstacles qui empêchent les adolescentes d'avoir accès à des soins efficaces. Les régimes provinciaux d'assurance-maladie imposent souvent des limites pour l'accès aux soins privés, notamment au counselling en santé mentale ou en nutrition. De plus, avec l'âge, l'adolescente peut ne plus être admissible en vertu des règles du régime provincial d'assurance-maladie. Son traitement prend ainsi fin à un moment où elle fait face à toutes sortes de problèmes de croissance, comme le départ de la maison, le chômage ou un emploi temporaire. Elle peut aussi être obligée de passer des soins pour enfants à des soins pour adultes à cause des politiques relatives à la limite d'âge dans certains programmes de traitement. Un fournisseur de services a déploré l'absence de services destinés aux clientes qui doivent passer des programmes pour jeunes à des programmes pour adultes. Pour certains, ce manque de continuité dans les soins peut entraver ou menacer la guérison. Les centres de santé des jeunes étaient vus comme des endroits importants pour les programmes d'identification précoce et

de prévention (comité consultatif). Il importe cependant dans ce cas d'assurer la confidentialité et l'accessibilité, car de nombreux jeunes ne voudront pas avouer être victimes de violence ou souffrir d'un trouble de l'alimentation à leur famille ou rencontrer les fournisseurs de services s'il faut organiser des services de transport (comité consultatif).

Dans le cas de certaines femmes plus âgées, l'anorexie peut remplacer des formes antérieures d'automutilation, comme le tailladage des poignets (Nicholson et Ballance, 1998). Pour d'autres, il peut s'agir d'un retour à de vieilles habitudes alimentaires déviantes. « Aucune personne qui a déjà souffert de ces troubles ne devrait être considérée à l'abri d'une rechute peu importe son âge, en particulier après un deuil ou une autre perte importante » (Cosford et Arnold, 1992). Les cliniciens devraient être à l'affût des antécédents de troubles de l'alimentation, de dépression, de coups et blessures, d'abus sexuel et de stress post-traumatique. Certaines femmes plus âgées qui commencent à se faire traiter pour des troubles de l'alimentation peuvent hésiter à discuter de l'abus sexuel dont elles ont été victimes durant leur enfance et des questions de sexualité (Beck, Casper et Andersen, 1996). La récurrence ou l'apparition tardive de troubles de l'alimentation peuvent être déclenchées par la mort d'un proche (p. ex., un conjoint), le placement en établissement, la perte d'autonomie, ou le retour au sein de la famille. Dans le cas des femmes âgées, le manque de ressources financières peut être à l'origine d'une mauvaise alimentation et entraver l'accès aux services. Il importe que les femmes qui avancent en âge aient accès à des services qui prennent en compte les liens entre la violence et les troubles de l'alimentation. De tels services doivent comporter un dépistage cohérent et adapté.

Absence de financement et de services

Un des problèmes persistants identifiés par les fournisseurs de services a trait à l'impact de l'augmentation des restrictions budgétaires et de l'absence de fonds. Les centres de traitement ont beaucoup de difficulté à continuer de répondre aux besoins des personnes qui ont été victimes de mauvais traitements et courent le risque de souffrir d'anorexie et de boulimie. Les fournisseurs de services dans tout le Canada nous ont dit qu'ils essayaient par tous les moyens de survivre aux pénuries de personnel, à la réduction de la durée des programmes, au surtemps fréquent et non payé, à l'extension des régions géographiques à desservir, à la réaffectation du temps de traitement à la levée de fonds et au recours croissant à des bénévoles. Les problèmes sous-jacents de violence familiale, de mauvais traitements, d'impuissance, de dynamique familiale et de contrôle sont laissés pour compte. Il est indispensable d'aborder la fille ou la femme qui souffre d'un trouble de l'alimentation et qui a été victime de mauvais traitements comme une personne *entière* si l'on veut que le traitement soit efficace et que ses résultats soient durables.



Principaux éléments du traitement de la violence et des troubles de l'alimentation

Environ les deux tiers des fournisseurs de services ont fait état d'un lien entre les mauvais traitements et les troubles de l'alimentation. Près de la moitié de l'ensemble de l'échantillon ont caractérisé ce lien comme étant fort. Tous parmi eux sauf un ont essayé d'adopter une approche thérapeutique intégrée, soit comme élément central du traitement ou comme priorité cernée par la cliente. Bon nombre de nos participants ont toutefois souligné la nécessité d'avoir accès à plus d'information et de ressources. Ils ont aussi fait certaines suggestions relatives au traitement.

À la lumière des recherches effectuées et des commentaires des fournisseurs de services canadiens, 12 considérations thérapeutiques au cours de quatre étapes de traitement ont été jugées indispensables à une approche thérapeutique intégrée des troubles de l'alimentation et de la violence chez les femmes et les filles.

Étapes de traitement	Considérations thérapeutiques
Consultation initiale	Accessibilité Évaluation
Besoins immédiats	Sécurité Stabilité de l'état de santé
Soutien thérapeutique	Validation Sentiment de sa valeur personnelle Recadrage Capacité d'adaptation Contrôle et prise en charge Relations et réseaux Éducation et sensibilisation
Continuité	Suivi

Consultation initiale

1. Accessibilité

Les personnes doivent avoir accès à des services adéquats, à des services qui leur conviennent et aux services qui existent déjà. Pour assurer cet accès, il faut que

- les problèmes particuliers aux femmes marginalisées soient compris et pris en compte dans le traitement;
- les établissements soient physiquement accessibles et soient spécialisés dans le traitement des filles et des femmes atteintes de déficiences ou de maladies chroniques;
- les mauvais traitements et les troubles de l'alimentation soient bien identifiés pour toutes les races, les classes, tous les groupes linguistiques et ethniques et tous les stades de développement;
- les services soient offerts à un prix abordable et suffisamment financés;
- les petites localités et les régions rurales offrent suffisamment de programmes communautaires.

Maria Root (1990) a invité les professionnels de la santé à prendre l'initiative de se renseigner sur les différentes cultures, à participer activement à des organisations multiraciales et multiculturelles et à connaître les fondements culturels pouvant expliquer les causes, la démarche de consultation et la guérison. Elle a souligné l'importance de bâtir des relations à l'intérieur de diverses communautés et d'apprendre au contact de membres influents de ces communautés. Les praticiens, par exemple, ne s'attendaient pas à trouver, n'ont pas cherché à trouver, ni à traiter les cas d'anorexie ou de boulimie chez les sans-abri, même si les taux de violence et de troubles de l'alimentation sont élevés dans cette population (Gard et Freeman, 1996).

Les membres du comité consultatif ont insisté sur le fait que les maisons de transition sont des lieux propices aux interventions, soulignant que « comme il s'agit d'un milieu résidentiel, il y a beaucoup de choses qu'on peut faire pour rendre les services accessibles, que ce soit l'information sur l'image corporelle, la morphologie du corps et la conscience du corps ou simplement le fait de mettre des aliments à leur disposition. Pour bien des femmes qui vont dans des maisons de transition, c'est la première fois qu'elles peuvent manger réellement librement et manger ce qu'elles veulent. »

2. Évaluation

Plusieurs recommandations ont été formulées à ce sujet :

- Les fournisseurs de services qui s'occupent de filles et de femmes victimes de violence sexuelle, physique et affective dans leur famille ou en établissement (p. ex., foyers d'accueil, pensionnats) devraient vérifier soigneusement s'il existe des troubles de l'alimentation (Williams, Wagner et Calam, 1992).
- Il faudrait demander directement aux filles et aux femmes qui se présentent avec des troubles de l'alimentation si elles vivent ou ont déjà vécu des expériences de violence, de cruauté mentale et d'échanges brutaux entourant les aliments. On peut avoir recours à l'entrevue ou combiner des formulaires d'admission et une entrevue, comportant des questions ouvertes qui se chevauchent.
- La présence de troubles de l'alimentation, de mauvais traitements durant l'enfance et de violence conjugale devrait être évaluée chez les clientes de tous les âges et de toutes les orientations sexuelles (p. ex., coups et blessures dans les couples de lesbiennes ou les couples âgés, à l'adolescence, impact des mauvais traitements subis durant l'enfance chez les femmes âgées).
- Il faut également explorer les messages que la fille ou la femme a reçu de sa famille à propos de son corps, y compris l'impact de la progression de la famille dans l'échelle sociale, du dévoilement de son orientation sexuelle, des régimes alimentaires et de l'assimilation culturelle.
- Les évaluateurs devraient également vérifier s'il existe des risques annexes ou des risques de maladies concomitantes, p. ex., dépression, stress post-traumatique, automutilation et idées ou tentatives de suicide.

Besoins immédiats

3. Sécurité

La fille ou la femme qui vit une situation de violence doit avoir un plan de sauvegarde, c'est-à-dire une forme de protection contre les représailles, les punitions ou contre le retrait du traitement par la famille ou la personne violente. On devrait garantir à l'adulte maltraitée un soutien constant et des mesures de sécurité appropriées si elle prend la décision d'affronter la personne violente, de s'échapper ou de signaler les actes de violence. On entend aussi par sécurité les ressources pour répondre aux besoins de base. Les personnes qui sont sans abri ou qui vivent dans la pauvreté auront

besoin d'aliments, de moyens de conservation des aliments et d'un abri adéquats pour que leur rétablissement soit plus facile. Les femmes et les filles handicapées devront pouvoir avoir accès aux services et à des maisons d'hébergement/de transition et il faudra être attentif à leur plus grande pauvreté. Joan Meister (1990), du Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC), a noté que : « Souvent le seul rempart entre une femme handicapée et la pauvreté sur l'aide sociale ou la pauvreté au salaire minimum est le soutien financier de la famille. Or, le fait de dépendre de sa famille est rabaissant et même dangereux pour bien des femmes handicapées... Les coups et blessures, l'inceste et d'autres formes de mauvais traitements sont endémiques et non reconnus par les services de soutien qui sont pour une bonne part inaccessibles. » (p. 42).

4. Stabilité de l'état de santé

Parallèlement au soutien thérapeutique, il peut être nécessaire de stabiliser l'état de la patiente. Celle-ci devra notamment avoir accès à un traitement médical, faire l'objet d'une surveillance, recevoir des conseils et être hospitalisée d'urgence. De plus, elle pourrait avoir besoin d'un soutien pour une désintoxication. Il faut répondre aux besoins sanitaires de la femme dans un climat chaleureux, propice qui favorise le sentiment d'être une personne entière ou encourage la « prise de conscience de son corps » (Thompson, 1992; 1994). Les professionnels de la santé doivent être particulièrement attentifs aux antécédents possibles de mauvais traitements chez les femmes souffrant de troubles de l'alimentation et se montrer très respectueux lorsqu'ils doivent toucher le corps de la femme. Les frontières corporelles et les questions de consentement doivent être soigneusement prises en considération lors de la prestation d'un traitement médical.

Soutien thérapeutique

5. Validation

Les fournisseurs de services doivent être conscients de leurs propres réactions aux révélations des femmes ou des filles souffrant de troubles de l'alimentation qui disent avoir été victimes de mauvais traitements. Il convient de réagir de façon chaleureuse et empathique. Les expressions d'horreur, de choc, d'incrédulité, de dégoût ou de neutralité complète peuvent exacerber la honte, le doute de soi et le sentiment de culpabilité (Everill et Waller, 1995b). Il importe de reconnaître la force de la femme et le fait qu'elle ait réussi à survivre, d'appeler la violence par son nom et de croire aux expériences vécues par la femme.

6. Sentiment de sa valeur personnelle

Le counselling devrait viser à rétablir ou à promouvoir le sentiment de valoir quelque chose, d'être capable et digne de confiance. Des gestes d'auto-affirmation, une prise de conscience plus holistique de son corps et des formes plus constructives d'auto-critique devraient remplacer l'auto-dénigrement ou les messages intériorisés d'oppression. Selon un fournisseur de services, la fille ou la femme devrait s'occuper de classer les problèmes par ordre de priorité et tenter d'établir des objectifs personnalisés dans le cadre de son traitement.

7. Recadrage

Il faut discuter ouvertement des croyances de la femme vis-à-vis des mauvais traitements, d'elle-même et de son corps. Il faut identifier en particulier la tendance à la culpabilisation et la recadrer en condamnant clairement les gestes posés par l'auteur des mauvais traitements. Il convient de discuter des réactions aux tentatives antérieures de divulgation de ses problèmes ainsi que des réponses inappropriées des soignants, des professionnels ou de la famille.

8. Capacité d'adaptation

Un certain nombre de fournisseurs de services ont suggéré d'enseigner durant le counselling des techniques pour faire face aux difficultés. Par exemple, on peut discuter des autres moyens de réaffirmer son contrôle personnel, des méthodes pour établir ou faire respecter de nouvelles frontières corporelles, des stratégies pour trouver les ressources ou de l'aide lorsqu'on en a besoin, de la capacité de reconnaître et d'appeler les mauvais traitements par leur nom et de la création d'une tribune politique ou d'un organe social pour se faire entendre.

9. Contrôle et prise en charge

Il est essentiel d'aider la fille ou la femme à acquérir le sentiment de contrôle qu'elle désire obtenir. On peut y arriver en redéfinissant son rôle, ses droits et son statut à l'intérieur de la famille ou en l'aidant à quitter sa famille. Il peut s'agir également de lui inculquer le sentiment qu'elle est une personne forte. Un fournisseur de services a également observé que certaines femmes trouvent que le fait de « demander à la personne maltraitante de rendre des comptes constitue un pas important vers la guérison ». Plus particulièrement, ce répondant a souligné que certaines femmes ont découvert que le fait de téléphoner à l'auteur des mauvais

traitements, de lui écrire des lettres, de l'affronter en personne ou de déposer une plainte auprès de la police était une « forme puissante d'auto-validation ».

Dans la recherche effectuée par Roush (1999), la plupart des personnes ayant survécu à l'inceste qui avaient affronté l'auteur de l'abus trouvaient que ce geste leur conférait un sentiment de puissance et était important pour leur guérison. Ces mêmes femmes ont également observé toutes sortes de réactions de la part de la famille, allant de l'amélioration des relations à la cessation de toute relation, ainsi que diverses réactions personnelles, notamment la stupeur, la colère, la peur et le regret. Comme l'a mentionné un membre du comité consultatif et Cameron (1994), la sécurité de la femme est primordiale. Le comité consultatif a de plus remarqué que les symptômes de troubles de l'alimentation peuvent être exacerbés lorsque la femme ou la fille estime faire face à des risques accrus durant le processus de guérison.

10. Relations et réseaux

L'établissement de relations saines, de réseaux de soutien et de liens d'appartenance/rerelations avec la communauté devrait faire partie de l'objectif thérapeutique. Divers moyens peuvent être utilisés pour y arriver :

- thérapie familiale
- groupes de soutien
- développement des capacités à nouer des relations
- soutien pour aider la femme à définir ses propres objectifs pour une relation saine
- création d'un réseau de défenseurs et de ressources communautaires avec lequel la fille ou la femme peut communiquer ou auquel elle peut se joindre
- efforts pour veiller à ce que la relation thérapeute-cliente aide la femme et ne recrée pas le rapport de domination vécu par la femme durant son expérience de violence
- soutien pour aider la femme dans ses rapports à son groupe racial, ethnique, sa communauté autochtone, sa sexualité, sa déficience/maladie chronique, sa réserve, ses pairs ou sa communauté rurale et compréhension du rôle qu'elle désire que sa communauté joue dans sa guérison.

11. Éducation et sensibilisation

Les fournisseurs de services ont recommandé que le processus de rétablissement comporte un effort de sensibilisation à l'influence des médias, de la famille, des pairs et à d'autres influences socioculturelles sur l'image corporelle et les questions liées à la violence. En offrant des livres, des vidéos, des ateliers et des séances de discussion en groupe de pairs, on peut remettre en question la stigmatisation de la grosseur, des troubles de l'alimentation, de la sexualité, de la toxicomanie de la cliente ou de sa famille, de l'abus sexuel et des sévices physiques, qui enferme la cliente dans la honte et le silence.

Continuité

12. Suivi

Il est indispensable que la fille ou la femme en voie de rétablissement ait le sentiment de rester en relation, reçoive un counselling après la stabilisation de son état de santé et fasse l'objet de vérifications de contrôle pour détecter toute complication médicale ou rechute. On peut prévoir notamment des appels de vérification, des lettres ou des cartes, un accès à des services de dépannage, un soutien téléphonique, l'accès continu à des groupes de soutien, une réinsertion sociale graduelle et la possibilité de participer à des programmes d'éducation ou de counselling par les pairs. Toutefois, à cause de compressions financières, il est maintenant plus difficile de maintenir des programmes de traitement dans bon nombre de cas, et le suivi requis a été éliminé.



Conclusion

Les études publiées et les données recueillies lors des entrevues avec 123 fournisseurs de services ont mis en évidence un lien entre les troubles de l'alimentation et la violence faite aux femmes et aux filles. Cette observation a été confirmée par les commentaires reçus de notre comité consultatif national. Toutefois, les études publiées comme les données d'entrevue soulignent que ce lien n'est pas simple ni inévitable. Ce sont plutôt les expériences particulières de la fille ou de la femme qui détermineront la probabilité, la nature et la signification personnelle des troubles de l'alimentation dans sa vie. Dans le cas de certaines femmes, les troubles de l'alimentation peuvent être une forme de résistance contre une violation antérieure et ultérieure de l'intégrité de leur corps. Pour d'autres, c'est une façon de détruire leur corps et de purger leur sentiment de honte et de culpabilité.

Une guérison n'est possible que si l'on examine l'importance particulière de l'anorexie ou de la boulimie comme réponse de l'individu aux mauvais traitements. Une approche intégrée met l'accent sur les besoins spécifiques de la fille ou de la femme soumise à une évaluation et à un traitement. Au nombre des éléments particuliers d'une approche intégrée suggérée par les répondants figurent un accent sur l'accessibilité, l'évaluation, la sécurité, la stabilité de l'état de santé, le sentiment de sa valeur personnelle, le recadrage, la capacité d'adaptation, le contrôle et la prise en charge, les relations et les réseaux, l'éducation et la sensibilisation, et un suivi adéquat.

Bien que les chercheurs se penchent de plus en plus sur la façon dont les mauvais traitements peuvent contribuer à l'apparition d'un trouble de l'alimentation, on a accordé relativement peu d'attention aux facteurs de résilience dans ce type de relation. Une avenue de recherche proposée par le comité consultatif consiste à examiner les variables ou les circonstances qui « galvanisent les gens ou leur fournissent des soutiens et des stratégies d'adaptation » nécessaires pour éviter de développer des troubles de l'alimentation.



Références

- Airhihenbuwa, C.O., S. Kumanyika, T.D. Agurs, et coll. "Cultural Aspects of African American Eating Patterns," *Ethnicity and Health*, 1 (1996): 245-260.
- Alliance des cinq centres de recherche sur la violence. *La prévention de la violence envers les filles, Rapport final*. Vancouver, 1999.
- American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV*. Washington : APA, 1994.
- Andersen, A.E., et J.E. Holman. "Males with Eating Disorders: Challenges for Treatment and Research," *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (1997): 391-397.
- Andrews, B. "Bodily Shame in Relation to Abuse in Childhood and Bulimia: A Preliminary Investigation," *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (1997): 41-49.
- Anorexia and Bulimia Nervosa Foundation of Victoria, Inc. *Anorexia and Bulimia Nervosa...ABNFV...Pamphlet for Families*. [en ligne]. North East Valley Division General Practice. [cité juin 2000]. Disponible sur Internet : <URL: http://www.nevdgp.org.au/geninf/std_misc/ANOREXIA_AND_BULIMIA_NERVOSE.htm>.
- Atwood, N.C. "Gender Bias in Families and Its Clinical Implications for Women," *Social Work*, 46 (2001): 23-36.
- Baldo, T.D., et A.J. Baldo. "Intrafamilial Assaults, Disturbed Eating Behaviours, and Further Victimization," *Psychological Reports*, 79 (1996): 1057-1058.
- Baldo, T.D., S.D. Wallace, et M.S. O'Halloran. "Effects of Intrafamilial Sexual Assault on Eating Behaviours," *Psychological Reports*, 79 (1996): 531-536.
- Battered Women's Support Services. *Violence Against Women in Relationships in British Columbia: A Fact Sheet*. Vancouver, 1997.
- BC Institute Against Family Violence. *Overview of Family Violence*. [en ligne]. BC Institute Against Family Violence. [cité octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: <http://www.bcifv.org/about/overview/3.html>>.

-
-
- BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. *A Report on the Health of British Columbians: Provincial Health Officer's Annual Report. Feature Report: Women's Health*. Victoria: Office of the Provincial Health Officer, 1995a.
- BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. *Policy Frameworks on Designated Populations*. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1995b.
- Beatus, J. "Body Image, Self-concept and Factors Which Influence the Adjustment to Disability in Spinal Cord Injured Persons," *Dissertation Abstracts International*, 57, 7-B (1997): 4334.
- Beck, D., R. Casper, et A. Andersen. "Truly Late Onset of Eating Disorders: A Study of 11 Cases averaging 60 Years of Age at Presentation," *International Journal of Eating Disorders*, 20 (1996): 389-395.
- Beckman, K.A, et G.L. Burns. "Relation of Sexual Abuse and Bulimia in College Women," *International Journal of Eating Disorders*, 9 (1990): 487-492.
- Ben-Tovim, D.I., et M.K. Walker. "Body Image, Disfigurement, and Disability," *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (1995): 283-291.
- Benatar, M. "Running Away from Sexual Abuse: Denial Revisited," *Families in Society*, 76, 5 (1995): 315-320.
- Benson, C. "The War on Women," Dans : *Social Problems in Canada Reader*. E.D. Nelson, et A. Fleras (éd.). Scarborough: Prentice Hall Canada, 1995.
- Berns, N. "'My Problem and How I Solved It': Domestic Violence in Women's Magazines," *Sociological Quarterly*, 40, 1 (1999): 85-108.
- Bowen, D.J., N. Tmoyasu, et A. Cauce. "The Triple Threat: A Discussion of Gender, Class, and Race Differences in Weight," *Women and Health*, 17, 4 (1991): 124-143.
- Brown, L. "Child Physical et Sexual Abuse and Eating Disorders: A Review of the Links and Personal Comments on the Treatment Process," *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31 (1997): 194-199.
- Bryant-Waugh, R., et B. Lask. "Anorexia Nervosa in a Group of Asian Children Living in Britain," *British Journal of Psychiatry*, 158 (1991): 229-233.

-
-
- Brylinsky, J.A., et J.C. Moore. "The Identification of Body Build Stereotypes in Young Children," *Journal of Research in Personality*, 28, 2 (1994): 170-181.
- Cachelin, F.M., et B.A. Maher. "Is Amenorrhea a Critical Criterion for Anorexia Nervosa," *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (1998): 435-440.
- Cameron, C. "Women Survivors Confronting Their Abusers: Issues, Decisions, and Outcomes," *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 1 (1994): 7-35.
- Carmody, D.C. "Mixed Messages: Images of Domestic Violence on 'Reality' Television," Dans : *Entertaining Crime: Television Reality Programs*. M. Fishman et G. Cavender (éds.) New York : Aldine de Gruyter, 1998.
- Casper, R.C., et L.N. Jabine. "An Eight-year Follow-up: Outcome from Adolescent Compared to Adult Onset Anorexia Nervosa," *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (1996): 499-517.
- Centre canadien de la statistique juridique. *Juristat. Bulletin de service : Les homicides entre conjoints*. Ottawa : Statistique Canada, N° Cat. 85-002, 14, 8 (1994).
- Chapman, G. "Food Practices and Concerns of Teenage Girls," *NIH Review*, No. 23, automne 1994. [en ligne]. *Enfant et famille Canada*. [contacté 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://www.cfc-efc.ca/docs/ninut/00000457.htm>>.
- Chrisjohn, R.D., et S.L. Young, avec la contribution de M. Maraun. *The Circle Game: Shadows and Substance in the Indian Residential School Experience in Canada*. Penticton, C.-B. : Theytus Books Ltd., 1997.
- Chrisler, J.C. "Out of Control and Eating Disordered," Dans : *Feminist Perspectives on Addictions*. Nan Van Den Bergh (éd.) New York : Springer Publishing, 1991.
- Clinique St-Amour: Le Centre de traitement de l'anorexie nerveuse, la boulimie et autres troubles de l'alimentation. [en ligne]. Clinique St-Amour. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://www.cliniquestamour.com/>>.
- Comité canadien sur la violence faite aux femmes. *Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes : Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1993.
- Connors, M.E., et W. Morse. "Sexual Abuse and Eating Disorders: A Review," *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1 (1993): 1-11.
-
-

-
-
- Conseil national de prévention du crime. *Profil des délinquants*. 1995. [en ligne]. Santé Canada. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/profile_f.html>.
- Cosford, P., et E. Arnold. "Eating Disorders in Later Life: A Review," *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 (1992): 491-498.
- Counts, C.R., et C. Jones. "The Perception of Obesity by Normal-weight Versus Obese School-age Children," *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 2 (1986): 113-120.
- Crago, M., C. Shisslak, et L.S. Estes. "Eating Disturbances among American Minority Groups: A Review," *International Journal of Eating Disorders*, 19 (1996): 239-248.
- Crandall, C.S., et M. Biernat. "The Ideology of Anti-fat Attitudes," *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 3, Part 2 (1990): 227-243.
- Daniels, J. "The Diagnosis of Eating Disorders in Women of Color." [en ligne]. SOMETHING FISHY Website on Eating Disorders. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <http://www.something-fishy.org/cultural/roles_jd.php>.
- Danielson, K.K., T.E. Moffitt, A. Caspi, et coll. "Comorbidity between Abuse of an Adult and DSM-III-R Mental Disorders: Evidence from an Epidemiological Study," *American Journal of Psychiatry*, 155, 1 (1998): 131-133.
- Dansky, B., T.D. Brewerton, D.G. Kilpatrick, et coll. "The National Women's Study: Relationship of Victimization and Posttraumatic Stress Disorder to Bulimia Nervosa," *International Journal of Eating Disorders*, 21, 3 (1997): 213-228.
- Davenport, C., K. Browne, et R. Palmer. "Opinions on the Traumatizing Effects of Child Sexual Abuse: Evidence for Consensus," *Child Abuse and Neglect*, 18, 9 (1994): 725-738.
- Davis, L.J. *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body*. Londres : Verso, 1995.
- Davis, C., et J. Yager. "Transcultural Aspects of Eating Disorders: A Critical Literature Review," *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 16 (1992): 377-394.
- Day, D. *Young Women in Nova Scotia Survey*. Antigonish, N.-É. : Cumberland County Transition House Association, 1990.
-
-

-
-
- DeAngelis, T. "Body-image Problems affect All Groups," *APA Monitor*, mars, 1997.
- DeGroot, J.M., S.R. Kennedy, G. Rodin, et coll. "Correlates of Sexual Abuse in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa," *Canadian Journal of Psychiatry*, 37 (1992): 516-518.
- DeJong, W. "The Stigma of Obesity: The Consequences of Naïve Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance," *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 1 (1980): 75-87.
- Deschamps, G. *2-Spirited People of the 1st Nations: We are Part of a Tradition*. Toronto: 2-Spirit People of the 1st Nations, 1998.
- Deschamps, G., et S. Wahsquonaikézhik. "Two Spiritedness" Dans : *2-Spirited People of the 1st Nations: We are Part of a Tradition*. G. Deschamps (éd.) Toronto: 2-Spirit People of the 1st Nations, 1998.
- Dolan, B. "Cross-cultural Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia: A Review," *International Journal of Eating Disorders*, 10, 1 (1991): 67-78.
- Duffy, A. "The Feminist Challenge: Knowing and Ending the Violence," Dans : *Feminist Issues: Race, Class, and Sexuality*. N. Mandell (éd.) Scarborough (Ont): Prentice Hall Allyn and Bacon Canada, 1998.
- Dumont-Smith, C., et P. Sioui Labelle. "Dragging Wife Abuse out of the Closet," 1991. Cité dans *Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes : Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada, 1993.
- Education Wife Assault. "The Impact of Cuts on Abused Women and Shelters for Women," *Education Wife Assault Newsletter*, 7 (1996).
- Ens, I. *Les mauvais traitements à l'égard des aînés en établissement* : Fiche de renseignements. Centre national d'information sur la violence dans la famille. Santé Canada, 1998. [en ligne, cité 1^{er} octobre 2001] Disponible sur Internet : <URL: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/older_adults%20_in_institutions/french/index.htm>.
- Everill, J., et G. Waller. "Disclosure of Sexual Abuse and Psychological Adjustment in Female Undergraduates," *Child Abuse and Neglect*, 19, 1 (1995a): 93-100.
- Everill, J.T., et G. Waller. "Reported Sexual Abuse and Eating Psychopathology: A Review of the Evidence for a Causal Link," *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1 (1995b): 1-11.
-
-

-
-
- Ferris, E.L., A. Nurani, et L. Silver. *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins*. Santé Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1999. [en ligne, cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/html/physician/french/index.htm>>.
- Fichter, M.M. "Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa," Dans : *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. K.D. Brownell, et C.G. Fairburn (éds.) New York: The Guilford Press, 1995.
- Field, A.E., G.A. Colditz, et K.E. Peterson. "Racial Differences in Bulimic Behaviours among High School Females," *Annals of the New York Academy of Science*, 817 (1997): 359-360.
- Finn, S., M. Hartman, G.R. Leon, et coll. "Eating Disorders and Sexual Abuse: Lack of Confirmation for a Clinical Hypothesis," *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986): 1051-1060.
- Fletcher, M.L. "A Pilot Study of the Eating/dieting Behaviours and Attitudes of College-Aged Women Who are Hearing Impaired vs. Their Hearing Peers," *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 27 (1993): 1-7.
- Flynn, K., et C. Crawford. "Committing 'Race Treason': Battered Women and Mandatory Arrest in Toronto's Caribbean Community," Dans : *Unsettling Truths*. K.D. Bonnycastle, et G.S. Rigakos (éds.) Vancouver: Collective Press, 1998.
- Ford, K.A. "Bulimia in an Egyptian Student: A Case Study," *International Journal of Eating Disorders*, 11, 4 (1992): 407-411.
- Fournier, S., et E. Crey. *Stolen From our Embrace*. Vancouver: Douglas and McIntyre, 1997.
- Frank, S. *Family Violence in Aboriginal Communities: A First Nations Report*. Victoria: Ministry of Women's Equality, mars 1992.
- Frederickson, B.L., et T. Roberts. "Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks," *Psychology of Women Quarterly*, 21 (1997): 173-206.
- Freeman, C.P., et M.C. Gard. "Eating Disorders in a Young Homeless Population," 1994. Cité dans : Gard, M.C.E., et C.P. Freeman. "The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status," *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1 (1996): 1-12.
-
-

-
-
- French, S.A., M. Story, G. Remafedi, et coll. "Sexual Orientation and Prevalence of Body Dissatisfaction and Eating Disordered Behaviours: A Population-based Study of Adolescents," *International Journal of Eating Disorders*, 19 (1996): 119-126.
- Friedman, S.S. *Girls in the 90s: Facilitator's Manual*. Vancouver: SALAL Books, 1994.
- Friedman, S.S. *Just For Girls: Facilitator's Manual*. Vancouver: SALAL Books, 1999.
- Friedrich, W.N., A.J. Urquiza, et R.L. Beilke. "Behaviour Problems in Sexually Abused Young Children," *Journal of Pediatric Psychology*, 11 (1986): 47-57.
- Gadd, J. "More Boys Physically Abused than Girls," *Globe & Mail*, 9 juillet 1997: A1, A6.
- Gagnon, L. "Despite Image, Most Anorexics are 45 or Older," *The Medical Post*, 8 octobre 1996. [en ligne]. Internet Mental Health. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://www.mentalhealth.com/mag1/p5m-et01.html>>.
- Gard, M.C.E., et C.P. Freeman. "The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status," *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1 (1996): 1-12.
- Garfinkel, P.E., E. Lin, P. Goering, et coll. "Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups," *American Journal of Psychiatry*, 152, 7 (1995): 1052-1058.
- Garfinkel, P.E., E. Lin, P. Goering, et coll. "Purging and Nonpurging forms of Bulimia Nervosa in a Community Sample," *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1 (1996a): 231-238.
- Garfinkel, P.E., E. Lin, P. Goering, et coll. "Should Amenorrhea be Necessary for the Diagnosis of Anorexia Nervosa?," *British Journal of Psychiatry*, 168 (1996b): 500-506.
- Geddes, V.A. "Lesbian Expectations and Experiences with Family Doctors. How Much Does the Physician's Sex Matter to Lesbians?," *Canadian Family Physician*, 40 (1994): 908-920.
- Goldbloom, D.S. "The Early Canadian History of Anorexia Nervosa," *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 2 (1997): 163-167.

-
-
- Goldbloom, D.S., M. Olmsted, R. Davis, et coll. "A Randomized Controlled Trial of Fluoxetine and Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: Short-term Outcome," *Behavioral Research and Therapy*, 35 (1997): 803-811.
- Gowers, S.G. "Life Events Precipitants of Adolescent Anorexia Nervosa," *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (1996): 469-477.
- Grandmaison, A. « Protection des personnes âgées : Étude exploratoire de la violence à l'égard de la clientèle des personnes âgées du CSSMM », Montréal : Centre de services sociaux du Montréal Métropolitain, Direction des services professionnels, 1988. Cité dans *Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes : Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*. Ottawa : Approvisionnement et Services Canada, 1993.
- Gremillion, H. "Psychiatry as social ordering: anorexia nervosa, a paradigm," *Social Science & Medicine*, 35 (1992): 57-71.
- Griffiths, J.A., et M.P. McCabe. "The Influence of Significant Others on Disordered Eating and Body Dissatisfaction among Early Adolescent Girls," *European Eating Disorders Review*, 8 (2000): 301-314.
- Groupe d'étude français sur l'anorexie et la boulimie. [en ligne]. GEFAB. [Contacté 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://perso.club-internet.fr/dorigram/>>.
- Harris, S.M. "Racial Differences in Predictors of College Women's Body Image Attitudes," *Women and Health*, 21, 4 (1994): 89-104.
- Harrison, K., et J. Cantor. "The Relationship between Media Consumption and Eating Disorders," *Journal of Communication*, 47 (1997): 40-67.
- Hay, T. *L'agression sexuelle d'enfants* : Fiche de renseignements. Santé Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. [En ligne, cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/pdfs/chdsxabf.pdf>>.
- Heffernan, K. "Eating Disorders and Weight Concern Among Lesbians," *International Journal of Eating Disorders*, 19 (1996): 127-138.
- Henley, N.M., M. Miller, et J.A. Beazley. "Syntax, Semantics, and Sexual Violence: Agency and the Passive Voice," *Journal of Language and Social Psychology*, 14, 1-2 (1995): 60-84.
- Hernandez, J. "The Concurrence of Eating Disorders with Histories of Child Abuse among Adolescents," *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 3 (1995): 73-85.
-
-

-
-
- Herscovici, C.R., et L. Bay "Favourable Outcome for Anorexia Nervosa Patients Treated in Argentina with a Family Approach," *Eating Disorders*, 4 (1996): 59-65.
- Herzog, D.B., M.B. Keller, P.W. Lavori, et coll. "Bulimia Nervosa in Adolescence," *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12, 3 (1991): 191-195.
- Herzog, D.B., J.E. Staley, S. Carmody, et coll. "Childhood Sexual Abuse in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Pilot Study," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1993): 962-966.
- Herzog, W., H.C. Deter, W. Fiehn, et coll. "Medical Findings and Predictors of Long-term Physical Outcome in Anorexia Nervosa: A Prospective 12-year Follow-up Study," *Psychological Medicine*, 27 (1997): 269-279.
- Hesse-Biber, S. "Eating Patterns and Disorders in a College Population: Are College Women's Eating Problems a New Phenomenon?," *Sex Roles*, 20 (1989): 71-89.
- Hill, J.P., et G.N. Holmbeck. "Familial Adaptation to Biological Change During Adolescence," Dans : *Biological-psychological Interactions in Early Adolescence*. R.M. Lerner, et T.T. Foch (éds.). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1987: 207-223.
- Hoek, H.W. "The Distribution of Eating Disorders," Dans : *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. K.D. Brownell, et C.G. Fairburn (éds.) New York: The Guilford Press, 1995: 207-211.
- Hsu, L.K., et S. Lee. "Is Weight Phobia Always Necessary for a Diagnosis of Anorexia Nervosa?," *American Journal of Psychiatry*, 150 (1993): 1466-1471.
- Hsu, L.K., et B. Zimmer. "Eating Disorders in Old Age," *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988): 133-138.
- Institut canadien de recherches sur les femmes. [en ligne]. ICREF. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://criaw-icref.ca/>>.
- Jiwani, Y. "Violence against Marginalized Girls," Dans : *The Girl Child and Violence Prevention: A Review of Three Areas*. Y. Jiwani, et S. Moore (éds.) avec l'aide de S.M. Brown, et B. Bunjun. Vancouver : FREDa, 1998.
- Jiwani, Y., S. Moore, et P. Kachuk. *Rural Women and Violence: A Study of Two Communities in British Columbia*. Rapport à l'intention du ministère de la Justice. Vancouver : FREDa, 1998.
-
-

-
-
- Joiner, G.W., et S. Kashubeck. "Acculturation, Body Image, Self-esteem, and Eating-disorder Symptomatology in Adolescent Mexican American Women," *Psychology of Women Quarterly*, 20, 3 (1996): 419-435.
- Kaner, A., C.M. Bulik, et P.F. Sullivan. "Abuse in Adult Relationships of Bulimic Women," *Journal of Interpersonal Violence*, 8 (1993): 52-63.
- Kennedy, M. "Patients have Died Waiting, Doctors' Report Charges," *Ottawa Citizen*, 20 août, 1998.
- Kinzl, J.F., C. Traweger, V. Guenther, et coll. "Family Background and Sexual Abuse associated with Eating Disorders," *American Journal of Psychiatry*, 151, 8 (1994): 1127-1131.
- Koss, M.P. "Hidden Rape: Sexual Aggression and Victimization in a National Sample of Students in Higher Education," Dans : *Violence in Dating Relationships: Emerging Social Issues*. M.A. Pirog-Good et J.E. Stets (éds.) New York : Praeger, 1989.
- Kraft, F. "Eating Disorders: Reducing the Risks," *Canadian Jewish News*. 12 février 1998 : 57-58.
- Kuba, S.A., et S.G. Hanchey. "Reclaiming Women's Bodies: A Feminist Perspective on Eating Disorders," Dans : *Feminist Perspectives on Addictions*. Nan Van Den Bergh (éd.) New York : Springer Publishing, 1991.
- Kufeldt, K., J. Baker, L. Bennett, et coll. *Looking after Children in Canada: Interim Draft Report*. St. John's, T.-N. : Memorial University, 1998.
- LaBarbera, J.D. "Seductive Father-daughter Relationships and Sex Roles in Women," *Sex Roles*, 11 (1984): 941-951.
- Lanzi, G., G. Rossi, U. Balottin, et coll. "Disturbi del compartimento alimentare: Studio epidemiologico di 434 adolescenti," *Minerva Pediatrica*, 49, 6 (1997): 249-260.
- Larkin, J., et K. Popaleni. "Heterosexual Courtship Violence and Sexual Harassment: The Private and Public Control of Young Women," *Feminism and Psychology*, 4, 2 (1994): 213-227.
- Lawson, M.C. "Development of Body Build Stereotypes, Peer Ratings, and Self-esteem in Australian Children," *Journal of Psychology*, 104, 1 (1980): 111-118.

-
-
- LeBow, M.D., "Attitudes, Perceptions, and Practices of Canadian School Children Towards Obesity," *Journal of Obesity and Weight Regulation*, 7, 1 (1988): 43-55.
- LeBow, M.D., D. Ness, P. Makarenko, et coll. "Attitudes, Perceptions and Practices of Canadian Teenagers about Obesity," *Journal of Obesity and Weight Regulation*, 8, 1 (1989): 53-65.
- Lee, S. "Self-starvation in Context: Towards a Culturally Sensitive Understanding of Anorexia Nervosa," *Social Science and Medicine*, 41 (1995): 25-36.
- Lee, S., H.F.K. Chiu, et C. Chen. "Anorexia Nervosa in Hong Kong: Why Not More Chinese?," *British Journal of Psychiatry*, 154 (1989): 683-688.
- Lee, A.M., et S. Lee. "Disordered Eating and its Psychosocial Correlates among Chinese Adolescent Females in Hong Kong," *International Journal of Eating Disorders*, 20, 2 (1996): 177-183.
- Le Grange, D., C.F. Telch, et W.S. Agras. "Eating and General Psychopathology in a Sample of Caucasian and Ethnic Minority Subjects," *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1997): 285-293.
- Le Grange, D., C.F. Telch, et J. Tibbs. "Eating Attitudes and Behaviours in 1,435 South African Caucasian and Non-Caucasian College Students," *American Journal of Psychiatry*, 155 (1998): 250-254.
- Leighton, B. *Spousal Abuse in Metropolitan Toronto: Research Report on the Response of the Criminal Justice System*. Ottawa : Solliciteur général du Canada, 1989. Cité dans : Battered Women's Support Services. *Violence Against Women in Relationships in British Columbia: A Fact Sheet*. Vancouver, 1997.
- Lieberman, M., L. Gauvin, W.M. Bukowski, et coll. "Interpersonal Influence and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls: The Role of Peer Modeling, Social Reinforcement, and Body-related Teasing," *Eating Behaviors*, 2 (2001): 215-236.
- Littlewood, R. "Psychopathology and Personal Agency: Modernity, Culture Change and Eating Disorders in South Asian Societies," *British Journal of Medical Psychology*, 68 (1995): 45-63.
- Malson, H., et J.M. Ussher. "Bloody Women: A Discourse Analysis of Amenorrhoea as a Symptom of Anorexia Nervosa," *Feminism and Psychology*, 6 (1996): 505-521.

-
-
- McCarthy, M. "Whose Body Is It Anyway? Pressures and Control for Women with Learning Disabilities," *Disability and Society*, 13 (1998): 557-574.
- McCreary Centre Society. *Adolescent Health Survey: Province of British Columbia*. Burnaby, C.-B., 1993.
- McCreary Centre Society. *Adolescent Health Survey II: Province of British Columbia*. Burnaby, C.-B., 1998.
- McCreary Centre Society. *Being Out: Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Youth in BC: An Adolescent Health Survey*. Burnaby, C.-B., 1999.
- McDonald, J.A. "Child Welfare and the Native Indian Peoples of Canada," *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 5 (1985): 284-305.
- McDonald, J.A. "Building a Moral Community: Tsimshian Potlatching, Implicit Knowledge and Everyday Experiences," *Cultural Studies*, 9 (1995): 125-144.
- McKinley, N.M., et J.S. Hyde. "The Objectified Body Consciousness Scale: Development and Validation," *Psychology of Women Quarterly*, 20 (1996): 181-215.
- Meister, J. "Women and Poverty," *Compass-Disabled Women and Poverty*. Winnipeg, Man. : Coalition of Provincial Organizations of the Handicapped, 1990: 40-42.
- Mercer, S.L. *Not a Pretty Picture: An Exploratory Study of Violence Against Women in High School Dating Relationships*. Toronto: Education Wife Assault, 1987. Cité dans : Battered Women's Support Services. *Violence Against Women in Relationships in British Columbia: A Fact Sheet*. Vancouver, 1997.
- Miller, D.A.F., K. McCluskey-Fawcett, et L.M. Irving. "The Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Subsequent Onset of Bulimia Nervosa," *Child Neglect and Abuse*, 17 (1993a): 305-314.
- Miller, D.A.F., K. McCluskey-Fawcett, et L.M. Irving. "Correlates of Bulimia Nervosa: Early Family Mealtime Experiences," *Adolescence*, 28 (1993b): 622-635.
- Miller, K.J. "Prevalence and Process of Disclosure of Childhood Sexual Abuse among Eating-disordered Women," Dans : *Sexual Abuse and Eating Disorders*. Mark R. Schwartz et Leigh Cohn (éds.) New York : Brunner/Mazel, 1996.

-
-
- Mother's Report Call to Action Violence Against Midlife and Older Women, May 1994. [en ligne]. Elder Abuse [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: GOTOBUTTON BM_1_ <http://www.langara.bc.ca/vnc/elder.htm>>.
- Moyer, D.M., L. DiPietro, R.I. Berkowitz, et coll. "Childhood Sexual Abuse and Precursors of Binge Eating in an Adolescent Female Population," *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1997): 23-30.
- Mullen, P.E., J.L. Martin, J.C. Anderson, et coll. "Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life," *British Journal of Psychiatry*, 163 (1993): 721-732.
- Nagata, T., N. Kiriike, T. Iketani, et coll. "History of Childhood Sexual or Physical Abuse in Japanese Patients with Eating Disorders: Relationship with Dissociation and Impulsive Behaviours," *Psychological Medicine*, 29 (1999): 935-942.
- National Aging Resource Center on Elder Abuse, 1990. Cité dans : *Elder Abuse*. [en ligne]. Elder Abuse. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: GOTOBUTTON BM_1_ <http://www.langara.bc.ca/vnc/elder.htm>>.
- Neumark-Sztainer, D., M. Story, N.H. Falkner, et coll. "Disordered Eating Among Adolescents with Chronic Illness and Disability: The Role of Family and other Social Factors," *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152 (1998): 871-878.
- Neumark-Sztainer, D., M. Story, P.J. Hannan, et coll. "Disordered Eating Among Adolescents: Associations with Sexual/Physical Abuse and Other Familial/Psychosocial Factors," *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2000): 249-258.
- Nicholson, S.D, et E. Ballance. "Anorexia Nervosa in Later Life: An Overview," *Hospital Medicine*, 59 (1998): 268-272.
- Nielsen, G.B., B. Lausch, et P.H. Thomsen. "Three Cases of Severe Early-onset Eating Disorder: Are They Cases of Anorexia Nervosa?" *Psychopathology*, 30 (1997): 49-52.
- Offord, D.R., M.H. Boyle, D. Campbell, et coll. "One-Year Prevalence of Psychiatric Disorder in Ontarians 15 to 64 Years of Age," *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (1996): 559-563.
- Oliver, K.K., et M.H. Thelen. "Children's Perceptions of Peer Influence on Eating Concerns," *Behavior Therapy*, 27 (1996): 25-39.
-
-

-
-
- Palmer, R.L. "Weight Concern Should Not Be a Necessary Criterion for the Eating Disorders: A Polemic," *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1993): 459-465.
- Parry-Jones, B., et W.L. Parry-Jones. "History of Bulimia and Bulimia Nervosa," Dans : *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. K D. Brownell, et C.G. Fairburn (éds.) New York : The Guilford Press, 1995.
- Patterson, C. "Secondary Prevention of Elder Abuse," Dans : *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*. S.H. Woolf, et coll. (éds.) Ottawa : Santé Canada, 1994.
- Paxton, S.J., H.K. Schutz, E.H. Wertheim, et coll. "Friendship Clique and Peer Influences on Body Image Concerns, Dietary Restraint, Extreme Weight-loss Behaviors, and Binge Eating in Adolescent Girls," *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (1999): 255-266.
- Pedersen, R. "Crazy Health Cuts Wasting Money – Top MD," *Edmonton Journal*, 20 mars 1998.
- Peters, J.F. "Gender Socialization of Adolescents in the Home: Research and Discussion," *Adolescence*, 29 (1994): 913-934.
- Pike, K.M., et B.T. Walsh. "Ethnicity and Eating Disorders: Implications for Incidence and Treatment," *Psychopharmacology Bulletin*, 32 (1996): 265-274.
- Podnieks, E., K. Pillemer, J. Nicholson, et coll. *National Survey on Abuse of the Elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute, 1990.
- Pope, H.G., et J.I. Hudson. "Is Childhood Sexual Abuse a Risk Factor for Bulimia Nervosa?," *American Journal of Psychiatry*, 149 (1992): 455-463.
- Pope, K.S., et V.A. Vetter. "Ethical Dilemmas Encountered By Members of the American Psychological Association: A National Survey," *American Psychologist*, 47 (1992): 397-411.
- Prince, R. "The Concept of Culture-bound Syndromes: Anorexia Nervosa and Brain-fag," *Social Science and Medicine*, 21, 2 (1985): 197-203.
- Pryor, D.W., K. Everett, et L. Ridener. "Fear of Stranger vs. Acquaintance Rape among College Women." Présentation à la *American Sociological Association*, 1999.

-
-
- Razack, S. "From Consent to Responsibility, from Pity to Respect: Subtexts in Cases of Sexual Violence involving Girls and Women with Developmental Disabilities," *Law and Social Inquiry*, 19 (1994): 891-922.
- Reid, P., et G. Finchilescu. "The Disempowering Effects of Media Violence Against Women on College Women," *Psychology of Women Quarterly*, 19, 3 (1995): 397-411.
- Reitsma-Street, M. "Justice for Canadian Girls: A 1990s Update," *Canadian Journal of Criminology*, 41, 3 (juillet 1999) : 335-364.
- Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFHC). *Beating the Odds: Violence Against Women with Disabilities*. Position Paper #2. Toronto, 1989.
- Reto, C.S. "Childhood Maltreatment, Dissociation, and Bulimic Symptomatology," *Dissertation Abstracts International*, 58, 12-B (1998): 6823.
- Reto, C.S., C.J. Dalenberg, et M.T. Coe. "Dissociation and Physical Abuse as Predictors of Bulimic Symptomatology and Impulse Dysregulation." Dans : *Sexual Abuse and Eating Disorders*, Mark R. Schwartz, et Leigh Cohn (éds.) New York : Brunner/Mazel, 1996.
- Ristock, J. "Beyond Ideologies: Understanding Violence in Lesbian Relationships," *Canadian Woman Studies*, 12 (1991): 74-79.
- Ritter, M.B. "Mothers, Daughters, Culture and Criticism: An Examination of Eating Problems in Adolescent Girls," *Dissertation Abstracts International*, 58, 9-B (1998): 5138.
- Root, M.P.P. "Disordered Eating in Women of Colour," *Sex Roles*, 22 (1990): 525-536.
- Root, M.P.P., et P. Fallon "The Incidence of Victimization Experiences in a Bulimic Sample," *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (1988): 161-173.
- Rorty, M., et J. Yager. "Speculations on the Role of Childhood Abuse in the Development of Eating Disorders among Women," Dans : *Sexual Abuse and Eating Disorders*. Mark R. Schwartz, et Leigh Cohn (éds.) New York : Brunner/Mazel, 1996.
- Rosen, L.W., C.I. Shafer, G.M. Drummer, et coll. "Prevalence of Pathogenic Weight-control Behaviours among Native American Women and Girls," *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988): 807-811.

-
-
- Roush, D.J. "A Qualitative Study of Sex Abuse Survivors' Experience of Confronting the Perpetrator," *Dissertation Abstracts International*, 59, 11-A (1999): 4294.
- Ryn, Z. "Between Life and Death: Experiences of Concentration Camp Musselmen during the Holocaust," *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (1990): 7-19.
- Samis, S.M. "'An Injury to One is an Injury to All': Heterosexism, Homophobia, and Anti-gay/Lesbian Violence in Greater Vancouver." Thèse de maîtrise, Simon Fraser University, 1995.
- Schaaf, K.K., et T.R. McCanne. "Childhood Abuse, Body Image Disturbance, and Eating Disorders," *Child Abuse and Neglect*, 18 (1994): 607-615.
- Schmidt, U., H. Humfress, et J. Treasure. "The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of Eating Disorders," *European Eating Disorders Review*, 5 (1997): 184-207.
- Schmidt, U., J. Tiller, M. Blanchard, et coll. "Is There a Specific Trauma Precipitating Anorexia Nervosa?," *Psychological Medicine*, 27 (1997): 523-530.
- Schmidt, U., J. Tiller, et J. Treasure. "Setting the Scene for Eating Disorders: Childhood Care, Classification and Course of Illness," *Psychological Medicine*, 23 (1993): 663-672.
- Senior Women Against Abuse Collective. *Elder Women Speak Out on Abuse*. Winnipeg, Man.: Manitoba Council on Aging, 1989.
- Siever, M.D. "The Perils of Sexual Objectification: Sexual Orientation, Gender, and Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders," Dans : *Gay and Lesbian Mental Health: A Sourcebook for Practitioners*. Christopher J. Alexander (éd.) New York : Harrington Park Press, 1996.
- Simkin, R.J. "Lesbians Face Unique Health Care Problems," *Canadian Medical Association Journal*, 145 (1991): 1620-1623.
- Simkin, R.J. "Not All Your Patients are Straight," *Canadian Medical Association Journal*, 159 (1998): 370-375.
- Smith, S.K. "Women's Experiences of Victimized Sexualization, Part 1: Responses Related to Abuse and Home and Family Environment," *Issues in Mental Health Nursing*, 18 (1997): 395-416.
-
-

-
-
- Smith, J.E., et J. Krejci. "Minorities Join the Majority: Eating Disturbances among Hispanic and Native American Youth," *International Journal of Eating Disorders*, 10, 2 (1991): 179-186.
- Smith, J.E., V.A. Waldorf, et D.L. Trembath. "Single White Male Looking for Thin, Very Attractive ..." *Sex Roles*, 23 (1990): 675-685.
- Snow, J.T., et M.B. Harris. "Disordered Eating in South-western Pueblo Indians and Hispanics," *Journal of Adolescence*, 12 (1989): 329-336.
- Société canadienne de pédiatrie. "Eating Disorders in Adolescents: Principles of Diagnosis and Treatment," *Paediatrics and Child Health*, 3 (1998): 189-192. [en ligne]. [cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <<http://www.cps.ca/english/statements/AM/am96-04.htm>>.
- Statistique Canada. *Enquête sur la violence envers les femmes*. Ottawa, 1993.
- Statistique Canada. *Portrait statistique des femmes au Canada*. Ottawa, 1995.
- Striegel-Moore, R.H. "A Feminist Perspective on the Etiology of Eating Disorders," Dans : *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. K.D. Brownell, et C.G. Fairburn (éds.) New York : The Guilford Press, 1995.
- Stump, C.W. "Women's Eating Attitudes and Body Image in Coed and Single Sex High Schools: An Exploration of Social Contagion," *Dissertation Abstracts International*, 55, 10-B (1995): 4615.
- Swanson, S.M. *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés* : Fiche de renseignements. Ottawa : Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1999.
- Thompson, B.W. "A Way Outa No Way: Eating Problems among African-American, Latina, and White Women," *Gender and Society*, 6, 4 (1992): 564-561.
- Thompson, B.W. *A Hunger So Wide and So Deep: A Multiracial View of Women's Eating Problems*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1994.
- Totten, M. *La violence et les jeunes*. Fiche de renseignements. Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1997. [en ligne, cité 1^{er} octobre 2001]. Disponible sur Internet : <URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale/pdfs/youthfrench.pdf>>.
- Tsiantas, G., et R.M. King. "Similarities in Body Image in Sisters: The Role of Sociocultural Internalization and Social Comparison," *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9 (2001): 141-158.
-
-

-
-
- Twamley, E.W., et M.C. Davis. "The Sociocultural Model of Eating Disturbance in Young Women: The Effects of Personal Attributes and Family Environment," *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (1999): 467-489.
- Van't Hof, S. et M. Nicolson. "The Rise and Fall of a Fact: The Increase in Anorexia Nervosa," *Sociology of Health and Illness*, 18 (1996): 581-608.
- Vincent, M.A., et M.P. McCabe. "Gender Differences Among Adolescents in Family, and Peer Influences on Body Dissatisfaction, Weight Loss, and Binge Eating Behaviors," *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (2000): 205-221.
- Waller, G. "Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse," *International Journal of Eating Disorders*, 23 (1998): 217-21.
- Waller, G., C. Halek, et A.H. Crisp. "Sexual Abuse as a Factor in Anorexia Nervosa: Evidence from Two Separate Case Series," *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1993): 873-879.
- Waller, G., A. Ruddock, et S. Cureton. "Cognitive Correlates of Reported Sexual Abuse in Eating," *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (1995): 176-187.
- Watson, L.A. "Mirror, Mirror on the Wall . . . : An Exploratory Study of Physical Disability and Women's Expressed Body Image," *Dissertation Abstracts International*, 59, 9-B (1999): 5173.
- Websdale, N. "Rural Woman Abuse: The Voices of Kentucky Women," *Violence Against Women*, 1 (1995a): 309-338.
- Websdale, N. "An Ethnographic Assessment of the Policing of Domestic Violence in Rural Kentucky," *Social Justice*, 22 (1995b): 102-122.
- Websdale, N. *Rural Woman Battering and the Justice System: An Ethnography*. Thousand Oaks, CA: Sage Series on Violence Against Women, 1998.
- Weiner, E.J., et L. Stephens. "Sexual Barrier Weight: A New Approach," Dans : *Sexual Abuse and Eating Disorders*. Mark R. Schwartz, et Leigh Cohn (éds.) New York : Brunner/Mazel, 1996.
- Welch, S.L., H.A. Doll, et C.G. Fairburn. "Life Events and the Onset of Bulimia Nervosa: A Controlled Study," *Psychological Medicine*, 27 (1997): 515-522.
- Welch, S.L., et C.G. Fairburn. "Childhood Sexual and Physical Abuse as Risk Factors for the Development of Bulimia Nervosa: A Community-based Case Control Study," *Child Abuse and Neglect*, 20 (1996): 633-642.
-
-

-
-
- Wiederman, M.W. "Eating Disorders in an 86-year-old Female," *Clinical Gerontologist*, 16, 2 (1996): 77-79.
- Williams, H.J., H.L. Wagner, et R.M. Calam. "Eating Attitudes in Survivors of Unwanted Sexual Experiences," *British Journal of Clinical Psychology*, 31 (1992): 203-206.
- Williamson, L. "Eating Disorders and the Cultural Forces behind the Drive for Thinness: Are African American Women Really Protected?," *Social Work in Health Care*, 28 (1998): 61-73.
- Wonderlich, S.A., T.D. Brewerton, Z. Jovic, et coll. "Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 8 (1997): 1107-1115.
- Woodside, D.B. "A Review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa," *Current Problems in Pediatrics*, 25 (1995): 67-89.
- Yoder, J.D. *Women and Gender: Transforming Psychology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1999.
- Zani, B. "Male and Female Patterns in the Discovery of Sexuality During Adolescence," *Journal of Adolescence*, 14 (1991): 163-178.
- Zerbe, K.J. "Eating Disorders in the 1990s: Clinical Challenges and Treatment Implications," *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56 (1992): 167-187.



Annexe A : Liste de programmes

Voici une liste des programmes fournissant des services aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation. Un programme figurant sur cette liste n'est pas nécessairement recommandé ou approuvé par FREDA ou par Santé Canada. Un vaste répertoire des maisons de transition, des refuges d'urgence, des maisons d'hébergement transitoire et de réseaux sûrs dans tout le Canada a été publié dans le document *Maisons de transition et d'hébergement pour femmes violentées au Canada* (2002), qu'on peut se procurer auprès du Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada.

Colombie-Britannique

Chilliwack Mental Health
274-45470 Menholm Road
Chilliwack, BC, V2P 1M2
Tél. : 604-795-8375

Eating Disorder Outreach Program
St. Joseph's Hospital
2137 Comox Avenue
Comox, BC, V9M 1P2
Tél. : 250-339-1576
Fax : 250-339-1439

Tri-Cities Mental Health BC
Coquitlam, BC
Tél. : 604-941-3471
Fax : 604-660-9805

Ministry of Children and Family
Development
Tri-Cities BC
Coquitlam, Port Moody, New West,
Maple Ridge, Pitt Meadows,
Port Coquitlam
Tél. : 604-469-7600

East Kootenay Eating Disorder Clinic
Cranbrook Regional Hospital
13-24th Avenue North
Cranbrook, BC, V1C 3H9
Tél. : 250-489-6416
Fax : 250-426-5285

HUGS, Cranbrook Regional Hospital
13-24th Avenue North
Cranbrook, BC, V1C 3H9
Tél. : 250-426-5281
Fax : 250-426-6262

Child & Youth Team
Canadian Mental Health Association
205-149 Ingram Street
Duncan, BC, V9L 1N8
Tél. : 250-746-5521
Fax : 250-748-2606

Mental Health
PO Box 2126
Invermere, BC, V0A 1K0
Tél. : 250-342-4295
Fax : 250-342-4322

Kamloops Community Eating Disorder
Program

Thompson Health Region
519 Columbia Street
Kamloops, BC, V2C 2T8
Tél. : 250-828-4438
ou 250-828-4143
Fax : 250-828-4990

Langley Memorial Hospital
22051 Fraser Highway
Langley, BC, V3A 4H4
Tél. : 604-533-6493

Nanaimo Family Life Association
1070 Townsite Road
Nanaimo, BC, V9S 1M6
Tél. : 250-754-3331
Fax : 250-753-0268

Associated Family and Community
Support Services, Ltd.
2033 Sanders Road
Nanose Bay, BC, V9P 9C2
Tél. : 250-248-0076
Fax : 250-468-9182

Eating Disorders Self Help Group
Kootenay Lake Regional Hospital
333 Victoria Street
Nelson, BC, V1L 4K3
Tél. : 250-354-6321
Fax : 250-354-6320

North Shore Mental Health BC
Suite 209, 267 West Esplanade
North Vancouver, BC, V7M 1A5
Tél. : 604-660-1273
Fax : 604-660-3108

ANAD North Vancouver Support Group
North Vancouver City Library
Activity Room
122 West 14 Street
North Vancouver, BC, V7M 1N9

Tri-Cities Mental Health
Eating Disorders Program
Adult Short-term Assistance
2232 Elgin Avenue
Port Coquitlam, BC, V3C 3B2
Tél. : 604-941-3471
Fax : 604-660-9805

Child & Youth Mental Health Services
300-3003 St. John's Street
Port Moody, BC, V3H 2C4
Tél. : 604-469-7600
Fax : 604-469-7601

HUGS, c/o Heart & Stroke Foundation
106-490 Quebec Street
Prince George, BC, V2L 5N5
Tél. : 250-562-8611
Fax : 250-562-8614

Prince George Eating Disorder Clinic
Northern Interior Health Unit
1444 Edmonton Street
Prince George, BC, V2M 6W5
Tél. : 250-565-7479
Fax : 250-565-7416

Eating Disorder Project North
Prince George, BC
Tél. : 250-997-3367

Shuswap Lake General Hospital
PO Box 520
Salmon Arm, BC, V1E 4N6
Tél. : 250-833-3636 Ext. 259
Fax : 250-833-3602

Sunshine Coast Mental Health Services
St. Mary's Hospital
PO Box 949
5544 Highway 101
Sechelt, BC, V0N 3A0
Tél. : 604-885-6101
Fax : 604-885-5842

Bulkley Valley District Hospital
PO Box 370
Smithers, BC, V0J 2N0
Tél. : 604-847-2611 poste 255

National Institute for Compulsive Eaters
(NICE)
2467-127B Street
Surrey, BC, V4A 8N8
Tél. : 604-873-6423
Fax : 604-536-6423

Surrey Central Mental Health
110-7525 King George Highway
Surrey, BC, V3W 5A8
Tél. : 604-543-5660
Fax : 604-543-5699

FAIR Family & Individual Resources
860 Eldorado Street
PO Box 153
Trail, BC, V1R 4L5
Tél. : 250-364-2326
ou 250-368-3311

Association for Awareness and
Networking Around Disordered
Eating (ANAD)
109-2040 West 12 Avenue
Vancouver, BC, V6J 2G2
Tél. : 604-739-2070
Fax : 604-730-2843

ANAD East Vancouver Support Group
Mount Pleasant Neighborhood House
Room 4, 800 East Broadway
Vancouver, BC, V5T 1Y1

ANAD Kitsilano Support Group
West Side Family Place
2819 West 11 Avenue
Vancouver, BC, V6K 2M2

Healthy Attitudes Program
South Health Unit
Vancouver/Richmond Health Board
6405 Knight Street
Vancouver, BC, V5P 2V9
Tél. : 604-321-6151
Fax : 604-321-2947

Supporting the Struggle Against
Anorexia Nervosa (SUSTAAN)
PO Box 29105 Delamont, RPO
Vancouver, BC, V6J 5C2
Tél. : 604-734-0006
Web : <http://www.direct.ca/sustaan>

BC Coalition to End Disordered Eating
Eating Disorders Program for Children
& Adolescents
B.C. Children's Hospital
4480 Oak Street
Vancouver, BC, V6H 3V4
Tél. : 604-875-2200
Fax : 604-875-2271

Nutrition Clinic at the Children's Centre
Mount St. Joseph's Hospital
3080 Prince Edward Street
Vancouver, BC, V5T 3N4
Tél. : 604-877-8551

Eating Disorder Service
University Hospital - UBC Site
2211 Wesbrook Mall
Vancouver, BC, V6T 2B5
Tél. : 604-822-2415

Eating Disorder Resource Centre of BC
St. Paul's Hospital
1081 Burrard Street
Vancouver, BC, V6Z 1Y6
Tél. : 604-631-5313
ou 1-800-665-1822
Fax : 604-631-5461

Vancouver Anti-Anorexia/Anti-Bulimia
League (VAAABL)
306-1212 West Broadway
Vancouver, BC, V6H 3V1
Tél. : 604-731-7304
Fax : 604-730-1015

Eating Disorders Program for Children
and Adolescents
4480 Oak Street D4
Vancouver, BC, V6H 3V4
Tél. : 604-875-2200
Fax : 604-875-2271

Deliciosa! Nutrition Counselling
3675 West 16th Avenue
Vancouver, BC, V6R 3C3
Tél. : 604-225-0505
Fax : 604-225-0555

What Are You Hungry For?
3675 West 16th Avenue
Vancouver, BC, V6R 3C3
Tél. : 604-225-0505
Fax : 604-225-0555

Vernon Eating Disorder Program for
Youth and Adults/The People Place
3402-27th Avenue, Room 303
Vernon, BC, V1T 1S1
Tél. : 250-542-7111
Fax : 250-542-7111

Vernon & Area Eating Disorders
Association
Vernon, BC
Tél. : 250-542-1388

BC Eating Disorders Association
526 Michigan Street
Victoria, BC, V8V 1S2
Tél. : 250-383-2755
Fax : 250-383-5518

Eros House for Creative Recovery
628 Bryden Court
Victoria, BC, V9A 4Y5
Tél. : 250-361-4848

Ministry of Children and Family
Development
302-2955 Jutland Road
Victoria, BC, V8T 5J9
Tél. : 250-387-0000
Fax : 250-387-0002

Ministry of Children and Family
Development, North Shore
230-1425 Marine Drive
West Vancouver, BC, V7T 1B9
Tél. : 604-981-0165
Fax : 604-926-5835

Outpatient Eating Disorders Program
Williams Lake Mental Health Centre
487 Borland Street
Williams Lake, BC, V2G 1R9
Tél. : 250-398-4465

Yukon

Yukon Mental Health Services
PO Box 2703
4 Hospital Road
Whitehorse, YT, Y1A 3H8
Tél. : 867-667-8346
Fax : 867-667-8372

Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

HUGS, H.H. Williams Memorial
Hospital
3 Gaetz Drive
Hay River, NT, X0E 0R8
Tél. : 867-874-6512 Ext. 140
Fax : 867-874-3377

Baffin Region Health and Social
Services Board
Community Services
Bag 200
Iqaluit, NU, X0A 0H0
Tél. : 867-979-7680

Alberta

Eating Disorders Co-ordinator
Calgary Regional Health Authority
1509 Centre Street South, 4th Floor
Calgary, AB, T2G 2G6
Tél. : 403-303-6002
Fax : 403-232-6153

Eating Disorders Program
Outpatient Services
Calgary Counselling Centre
200-940 6 Avenue Southwest
Calgary, AB, T2P 3T1
Tél. : 403-265-4980
Fax : 403-256-8886

HUGS, Coronation Health Centre
PO Box 250, Mailbag 500
Coronation, AB, T0C 1C0
Tél. : 403-578-3803
Fax : 403-578-3474

Still Waters Counselling Service
PO Box 1126
Crossfield, AB, T0M 0S0
Tél. : 403-703-3743
Fax : 403-337-2136

HUGS
Drumheller District Health Services
625 Riverside Drive East
Drumheller, AB, T0J 0Y0
Tél. : 403-820-7213
Fax : 403-823-5076

HUGS, Wellness Consulting
PO Box 36048
Edmonton, AB, T5Z 2L5
Tél. : 780-456-1182
Fax : 780-473-0352

University of Alberta Hospital Site
Sub unit 4F4
8440-112 Street
Edmonton, AB, T6G 2B7
Tél. : 780-492-6114
Fax : 780-492-1310

Elizabeth Seton Community Partners
c/o Community Services – Clairview Site
600A Hermitage Road
Edmonton, AB, T5A 4N2
Tél. : 780-496-5868
Fax : 780-496-5881

HUGS, c/o Kinsmen Sports Centre
Edmonton, AB
Tél. : 780-988-3026
Fax : 780-922-4220

HUGS
Stetsko Mayne Nutrition Consulting
7802 Mission Heights Drive
Grande Prairie, AB, T8W 1Y2
Tél. : 780-538-1275
Fax : 780-532-7034

HUGS, Harry Collinge High School
158 Sunwapta Drive
Hinton, AB, T7V 1T7
Tél. : 780-865-3714
Fax : 780-865-5011

The Centre for Recovering Anorexic:
bulimic Disordered Lives Entrust
(CRADLE)
50 Ryerson Bay West
Lethbridge, AB, T1K 4P4
Tél. : 403-381-8544

Quanah Mercredi Society
Ponoka, AB
Tél. : 403-783-8737

Saskatchewan

HUGS

Pipestone Health District
Mental Health Services
PO Box 970
Grenfell, SK, S0G 2B0
Tél. : 306-697-3577
Fax : 306-697-2686

Girls in the 90's, Pasquia Health Unit
PO Box 1075
Hudson Bay, SK, S0E 0Y0
Tél. : 306-865-3277
Fax : 306-865-2660

North Central Health District
Mental Health Services
Melfort Hospital
PO Box 1480
Melfort, SK, S0E 1A0
Tél. : 306-752-8767
Fax : 306-752-8711

BridgePoint Centre for Eating Disorders
PO Box 190
Milden, SK, S0L 2L0
Tél. : 306-935-2240
Fax : 306-935-2241

Moose Jaw Mental Health Clinic
455 Fairford Street East
Moose Jaw, SK, S6H 1H3
Tél. : 306-691-6464
Fax : 306-691-6461

HUGS

1071 River Street East
Prince Albert, SK, S6V 7N6
Tél. : 306-764-5820

Saskatchewan Provincial Consultant for
Eating Disorders
Saskatchewan Ministry of Health
3475 Albert Street
Regina, SK, S4S 6X6
Tél. : 306-655-6673

Inter-Agency Committee for the
Prevention and Management of
Eating Disorders
350 Cheadle Street West
Swift Current, SK, S9H 4G3
Tél. : 306-778-5250
Fax : 306-778-5408
Contact: Krista Olson,
Travailleuse sociale
Cathy Knox,
Nutritionniste de la santé publique

Manitoba

Westwind Eating Disorder
Recovery Centre
458-14 Street
Brandon, MB, R7A 4T3
Tél. : 204-728-2499

HUGS
PO Box 102A, RR # 3
Portage La Prairie, MB, R1N 3A3
Tél. : 204-428-3432
Fax : 204-428-5072

Women's Health Clinic
3rd Floor, 419 Graham Avenue
Winnipeg, MB, R3C 0M3
Tél. : 204-947-1517
Fax : 204-943-3844

HUGS
518-1281 Grant Avenue
Winnipeg, MB, R3M 1Z6
Tél. : 204-478-4847
Fax : 204-488-2169

Winnipeg Eating Disorder
Clinic/Health Sciences Centre
771 Bannatyne Avenue
Winnipeg, MB, R3E 3N4
Tél. : 204-787-3345
ou 204-787-3482

Ontario

Body Image Coalition of Peel
180 B Sandalwood Parkway East
Brampton, ON, L6Z 4N1
Tél. : 905-791-7800 poste 7694

HUGS
22 Westgate Walk
Brampton, ON, L64 3H4
Tél. : 905-453-5590

New Attitudes and New Directions
135 McHardy Court
Brampton, ON, L6Y 1H7
Tél. : 905-796-3474

Pediatric Program
Peel Memorial Hospital
20 Lynch Street
Brampton, ON, L6W 2Z8
Tél. : 905-796-4066 poste 4010

Brant Community Mental Health Centre
408-760 Brant Street, Level 2
Burlington, ON, L7R 4B7
Tél. : 905-631-1939
Fax : 905-631-0513

Eating Disorders Program
Joseph Brant Memorial Hospital
1230 North Shore Boulevard East
Burlington, ON, L7R 4C4
Tél. : 905-632-3730

The Wellness Centre, Inc.
PO Box 364
Campbellville, ON, L0P 1B0
Tél. : 905-854-2390

HUGS, 287 Campus Parkway
Chatham, ON, N7L 4V7
Tél. : 519-351-4292

HUGS Nutrition Counselling
4 Erinwood Drive
Erin, ON, N0B 1T0
Tél. : 519-833-0843
Fax : 519-824-9233

Inpatient Eating Disorders Program
Homewood Health Centre
150 Delhi Street
Guelph, ON, N1E 6K9
Tél. : 519-824-1762

Childrens Exercise and Nutrition Centre
Chedoke McMaster Hospital
Sanatorium Road, PO Box 2000
Hamilton, ON, L8N 3Z5
Tél. : 905-521-7967
Fax : 905-385-5033

North Kingston Community Health
400 Elliot Avenue
Kingston, ON, K7K 6M9
Tél. : 613-542-2813
Fax : 613-542-5486

Kingston Psychiatric Hospital (KPH)
752 King Street West
Kingston, ON, K7L 4X3

Beechgrove Children's Centre
Kingston, ON
Tél. : 613-549-5600

Youth Crisis Service
Kingston, ON
Tél. : 613-548-1155

Hotel Dieu Hospital Eating Disorders
Program, Hotel Dieu Hospital
166 Brock Street
Kingston, ON, K7L 5G2
Tél. : 613-544-3310
ou 613-548-6121

KGH Outpatient Eating Disorders Clinic
72 Barrie Street
Kingston, ON, K7I 3J7
Tél. : 613-548-6121

Kingston Community Counselling
Centre
417 Bagot Street
Kingston, ON, K7K 9Z9
Tél. : 613-549-7850
Fax : 613-544-8138

Anorexia Nervosa and Bulimia
Association (ANAB)
767 Bayridge Drive
PO Box 20058
Kingston, ON, K7P 1C0
Tél. : 613-547-3684
<http://www.phe.queensu.ca/anab/>

Student Health Services
Queen's University
St. Lawrence Building
Kingston, ON, K7L 3N6
Tél. : 613-533-2893
Fax : 613-533-6740

HUGS
PO Box 670
Lindsay, ON, K9V 4W9
Tél. : 705-454-9818
Fax : 705-454-9837

HUGS
507 Eastern Avenue, PO Box 1046
Lively, ON, P3Y 1M8
Tél. : 705-692-0720

Eating Disorders Association of London
Victoria Family Medical Centre
60 Chesley Avenue
London, ON, N5Z 2C1
Tél. : 519-433-8424
Fax : 519-433-2244

HUGS, Long Life-Style Consulting
PO Box 532, 15 Marlborough Street
Maxville, ON, K0C 1T0
Tél. : 613-527-3377
Fax : 613-527-3377

HUGS
1703 Kelsey Court
Mississauga, ON, L5L 3J8
Tél. : 905-291-7573
Fax : 905-607-5420

HUGS, Health Source Associates
2550 Argentia Road
Mississauga, ON, L5N 5R1
Tél. : 905-814-0448
Fax : 905-814-0448

Mississauga Community Health Nursing
Peel Health
3038 Hurontario
Mississauga, ON, L5B 3B9
Tél. : 905-791-7800 poste 7401

Trillium Health Centre
Mississauga Hospital
100 Queensway West
Mississauga, ON, L5B 1B8
Tél. : 905-848-7100
Fax : 905-848-7592

HUGS
185 Napier Street
Mitchell, ON, N0K 1N0
Tél. : 519-348-4293
Fax : 519-348-4293

Eating Disorders Recovery Group
4 Bruno Street
Naughton, ON, P0M 2M0
Tél. : 705-692-0442

HUGS, Nutrition Consultants Ottawa
91 Beaver Ridge
Nepean, ON, K2E 6E5
Tél. : 613-224-5685
Fax : 613-723-9173

Jack Knight, Private Practice
PO Box 156
1100 Gorham Street
Suite 11B
Newmarket, ON, L3Y 7V1
Tél. : 905-953-5685
ou 905-476-2880
Fax : 905-476-2880

HUGS, Perfect Balance Canada
2006-7 Bishop Avenue
North York, ON, M2M 4J4
Tél. : 416-250-6658
Fax : 416-733-4719

Child & Adolescent Psychiatry Program
Oakville Trafalgar Memorial Hospital
327 Reynolds Street
Oakville, ON, L6L 3L7
Tél. : 905-338-4134

Youth Services Bureau/Bureau des
services à la jeunesse
1338- ½ rue Wellington
Ottawa, ON, K1Y 3B7
Tél. : 613-729-1000
Fax : 613-729-1918
Web : <http://www.ysb.on.ca/>

Département de psychiatrie
Hôpital général d'Ottawa
501 chemin Smyth, C.P. 400
Ottawa, ON, K1H 8L6
Tél. : 613-737-8010
Fax : 613-739-9980

HUGS, OASIS Institute
RR # 3-1803
Prescott, ON, K0E 1T0
Tél. : 613-657-4688
Fax : 613-925-4537

Eating Disorders Recovery Group
206-111 Elm Street
Sudbury, ON, P3C 1T3
Tél. : 705-692-0442
Web : <http://www.mirror-mirror.org/eatdis.htm>

HUGS, Diet Enders
23 Oriah Court
Thornhill, ON, L4J 8B3
Tél. : 905-764-5935

Hospital for Sick Children
555 University Avenue
Toronto, ON, M5G 1X8
Tél. : 416-813-7195
Fax : 416-813-7867
Web : <http://www.sickkids.on.ca>

Ontario Centre for Adolescent Eating
Disorders
2 Gloucester Street, Suite 210
Toronto, ON, M4Y 1L5
Tél. : 416-944-2693
Fax : 416-813-5560

Bellwood Health Services, Inc.
1020 McNicoll Avenue
Toronto, ON, M1W 2J6
Tél. : 416-495-0926
1-800-387-6198
Fax : 416-495-7943
Web : <http://www.bellwood.ca>

Anorexia Bulimia Family Support Group
783 Windermere Avenue
Toronto, ON, M6S 3M5
Tél. : 416-766-8134
Fax : 416-762-5642

Nutritional Eating Disorder Clinic
1206-4950 Yonge Street
Toronto, ON, M2W 6K1
Tél. : 416-229-6656
ou 416-498-4921

Brief Psychotherapy Centre for Women
2 Carlton Street, Suite 1806
Toronto, ON, M5B 1J3
Tél. : 416-591-2000

National Eating Disorders Information
Centre (NEDIC)
CW 1-211, 200 Elizabeth Street
Toronto, ON, M5G 2C4
Tél. : 416-340-4156
Fax : 416-340-4736
Web : <http://www.nedic.ca/>

Toronto Hospital
Program for Eating Disorders
EN 8-231, 200 Elizabeth Street
Toronto, ON, M5G 2C4
Tél. : 416-340-3041
Fax : 416-340-4198

Ontario Community Outreach Program
for Eating Disorders
Toronto General Hospital
CCRW 2-828, 101 College Street
Toronto, ON, M5G 1L7
Tél. : 416-340-4051

New Realities Eating Disorder Recovery
103-62 Charles Street East
Toronto, ON, M4Y 1T1
Tél. : 416-921-9670
ou 905-763-0660
Web : <http://www.newrealitiescan.com>

Sheena's Place
87 Spadina Road
Toronto, ON, M5R 2T1
Tél. : 416-927-8900
Fax : 416-927-8844

HUGS, The Wellington Club
Toronto, ON
Tél. : 416-362-2582
Fax : 416-362-1373

Sandra Edwards, Private Practice
308-10 Unionville Gate
Unionville, ON, L3R 0W7
Tél. : 905-479-0869 (bureau)
Fax : 905-946-1431

Body Balance Total Nutrition Care
105 University Avenue East
Waterloo, ON, N2J 2W1
Tél. : 519-747-1848
Fax : 519-747-1848

HUGS
371 Prince of Wales Drive
Whitby, ON, L1N 6M8
Tél. : 905-668-6831 poste 1336
Fax : 905-668-8279

Bulimia Anorexia Nervosa Association
(BANA)
300 Cabana Road East
Windsor, ON, N9G 1A3
Tél. : 519-969-2112
Fax : 519-969-0227
Web : <http://www.bana.ca>

Vitanova Foundation
6299 Rutherford Road
Woodbridge, ON, L4L 1A7
Tél. : 905-850-3690

Québec

Centre de traitement des désordres
alimentaires du Québec
8149, rue du Mistral, bureau 201
Charny, Qc, G6X 1G5
Tél. : 418-832-0574

Groupe de soutien et d'entraide
anorexie et boulimie de Granby
315, rue Cartier
Granby, Qc, J2G 5A9
Tél. : 450-372-2098
Fax : 450-372-0406

Le centre de thérapie du comportement
L'hôpital général de Montréal
1650 Cedar avenue
Montréal, Qc, H3G 1A4
Tél. : 514-934-8034

Le collectif action alternative en obésité
7378, rue Lajeunesse, bureau 210
Montréal, Qc, H2R 2H8
Tél. : 514-270-3779
Web : <http://www.multimania.com/caao/>

Outremangeurs anonymes
434, rue de l'Église
Montréal, Qc, H4G 2M4
Tél. : 514-490-1939

Service de médecine à l'adolescence
Hôpital Sainte-Justine
3175, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal, Qc, H3T 1C5
Tél. : 514-345-4721

Service de santé aux étudiants
Université McGill
3600 McTavish
Montréal, Qc, H3A 2T5
Tél. : 514-392-5119

Anorexia Nervosa and Bulimia Quebec
(ANAB)
114 boulevard Donegani
Pointe Claire, Qc, H9R 2W3
Tél. : 514-630-0907
Fax : 514-630-1225
Web : <http://www.generation.net/~anebque>

Clinique St-Amour
1100, boulevard de la Rive-sud,
bureau 120
St. Romuald, Qc, G6W 5M6
Tél. : 418-834-9825

Douglas Hospital, Eating Disorder Unit
6605, boulevard LaSalle
Verdun, Qc, H4H 1R3
Tél. : 514-761-6131 poste 22894
Fax : 514-761-8885

Nouveau-Brunswick

HUGS

C.P. 3365, Station B
Fredericton, N.-B., E3A 5N4
Tél. : 506-458-9285

HUGS

158, rue Burpee
Fredericton, N.-B., E3A 1M5
Tél. : 506-455-8256
Fax : 506-459-2829

Charles Emmrys, Private Practice

115, avenue Connaught
Moncton, N.-B., E1C 3P4
Tél. : 506-856-3262
Fax : 506-856-2238

The Daycentre

George Dumont Hospital
185, rue Church
Moncton, N.-B., E1C 5A1
Tél. : 506-862-4144
Fax : 506-862-4322

Eating Disorder Resource Centre

New Brunswick YWCA
35, rue Highfield
Moncton, N.-B., E1C 5N1
Tél. : 506-855-4349
Fax : 506-855-3320

Health & Community Services

77, boulevard Vaughn Harvey
Moncton, N.-B., E1C 8R3
Tél. : 506-856-2401

Service de psychologie

Université de Moncton
C-101, Centre étudiant
Moncton, N.-B., E1A 3E9
Tél. : 506-858-4007
Fax : 506-858-4492

Île-du-Prince-Édouard

Richmond Centre
PO Box 2000
Charlottetown, PE, C1A 7N8
Tél. : 902-368-4430
Fax : 902-368-4427

HUGS, Royal Trust Tower
119 Kent Street, Suite LL100
Charlottetown, PE, C1A 1N3
Tél. : 902-566-4847
Fax : 902-892-4433
Contact : Cheryl Turnbull

Self-Help Clearinghouse
PO Box 785, 181 Kent Street
Charlottetown, PE, C1A 7L9
Tél. : 902-628-1648

Souris Teen Group
Child and Family Division
Souris Regional Service Centre
PO Box 550
Souris, PE, C0A 2B0
Tél. : 902-687-7060
Fax : 902-687-7091

HUGS
153 Spring Street
Summerside, PE, C1N 3G2
Tél. : 902-436-2438
Fax : 902-436-0124

Nouvelle-Écosse

HUGS

Annapolis Community Health Centre
PO Box 426
Annapolis Royal, NS, B0S 1A0
Tél. : 902-532-2381
Fax : 902-532-2113

St. Martha's Regional Hospital
25 Bay Street
Antigonish, NS, B2G 2G5
Tél. : 902-863-4511
Fax : 902-863-4496

HUGS

Western Kings Memorial Health Centre
PO Box 490
Berwick, NS, B0P 1E0
Tél. : 902-542-6310 (bureau)
Fax : 902-542-6333

HUGS

115 South Street
Bridgetown, NS, B0S 1C0
Tél. : 902-665-4131
Fax : 902-665-4133

Health Services Association of the
South Shore
90 Glen Allan Drive
Bridgewater, NS, B4V 3S6
Tél. : 902-527-5228
Fax : 902-543-3120

HUGS, Sacred Heart Hospital
PO Box 129
Cheticamp, NS, B0E 1H0
Tél. : 902-224-2450
Fax : 902-224-2903

Eating Disorders Action Group
7-106 King Street
Dartmouth, NS, B2Y 2S1
Tél. : 902-469-0650
Fax : 902-469-9918

HUGS, Digby General Hospital
PO Box 820
Digby, NS, B0V 1A0
Tél. : 902-245-2501
Fax : 902-245-5517

HUGS, Eskasoni Health Centre, RR # 2
East Bay, NS, B0A 1H0
Tél. : 902-379-2666
Fax : 902-379-2172

Eating Disorder Resource Network
55-5222 Green Street
Halifax, NS, B3H 1N7
Tél. : 902-425-0345

Eating Disorder Clinic
Queen Elizabeth II Health Science
Centre
Third Floor, Lane Building
Camp Hill Site
Halifax, NS, B3H 2E2
Tél. : 902-473-6288
Fax : 902-473-6282

Eating Disorder Program
Victoria General Hospital
1278 Tower Road
Halifax, NS, B3H 2Y9
Tél. : 902-473-6285
ou 902-428-2110

Eating Disorder Resource Network
Self-Help Eating Disorder Awareness
Group
6235 St. Mathais Street
Halifax, NS, B3L 2S4
Tél. : 902-423-0360

IWK-Grace Health Services Centre
Halifax, NS, B3J 3G9
Tél. : 902-428-8409
Fax : 902-428-8736

Psychological and Counselling Services
Fourth Floor, Student Union Building
Dalhousie University
6136 University Avenue
Halifax, NS, B3H 4J2
Tél. : 902-494-2081
Fax : 902-494-1984

Body Image and Eating Program for
Women
Twin Oaks Continuing Care Centre
RR # 2
Musquodoboit Harbour, NS, B0J 2L0
Tél. : 902-889-2200
Fax : 902-889-2200

HUGS, Strait Richmond Hospital
RR # 1 Cleveland
Richmond County, NS, B0E 1J0
Tél. : 902-625-3100
Fax : 902-625-3804

Eating Disorder Program, Cape Breton
Cape Breton Healthcare Complex
1482 George Street
Sydney, NS, B1P 1P3
Tél. : 902-567-8000
Fax : 902-567-7905

HUGS, Colchester Regional Hospital
207 Willow Street
Truro, NS, B2N 5A1
Tél. : 902-893-4321 poste 129
Fax : 902-893-5533

HUGS
PO Box 146
Windsor, NS, B0N 2T0
Tél. : 902-798-2358
Fax : 902-798-4435

Mental Health Clinic
Hants Community Hospital
9 Payzant Drive
Windsor, NS, B0N 2T0
Tél. : 902-792-2042
Fax : 902-798-0709

Outpatient Nutrition Services
Hants Community Hospital
9 Payzant Drive
Windsor, NS, B0N 2T0
Tél. : 902-792-2000
ou 902-792-2052
Fax : 902-798-4435

HUGS
E.K.M. Community Health Center
PO Box 1180
Wolfville, NS, B0P 1X0
Tél. : 902-542-2266
Fax : 902-542-4619

HUGS
Site 16, Comp A9, RR # 2
Wolfville, NS, B0P 8B3
Tél. : 902-542-4055

Girls in the 90's
Public Health Services
60 Vancouver Street
Yarmouth, NS, B5A 2P5
Tél. : 902-742-7141
Fax : 902-742-6062

Yarmouth Mental Health Centre
60 Vancouver Street
Yarmouth, NS, B5A 2P5
Tél. : 902-742-4222
Fax : 902-742-2320

Terre-Neuve-et-Labrador

Health Care Corporation of St. John's
c/o Leonard A. Miller Centre
100 Forest Road
St. John's, NL, A1A 1E5
Tél. : 709-737-3872
Fax : 709-737-3883

HUGS, Newfoundland
School for the Deaf
425 Topsail Road
St John's, NL, A1E 5N7
Tél. : 709-364-1234
Fax : 709-729-5848

St. Clare's Mercy Hospital
St. John's, NL, A7C 5B8
Tél. : 709-778-3398

Annexe B : Questions d'entrevue

1. Pensez-vous que les expériences passées ou actuelles de violence familiale sont liées aux troubles de l'alimentation? Pouvez-vous donner plus de détails?
2. Selon votre expérience, vos patientes/clientes ont-elles révélé avoir été victimes dans le passé ou être victimes actuellement de mauvais traitements?
3. D'après vous, ce lien est-il fréquent?
4. Pouvez-vous donner une approximation, en pourcentages, du nombre de clients qui ont été victimes de mauvais traitements, ce qui s'est traduit par des troubles de l'alimentation? Ces clients sont-ils surtout des hommes, des femmes ou des personnes des deux sexes? À quels groupes d'âge appartiennent-ils?
5. Tenez-vous compte des expériences passées ou actuelles de mauvais traitements dans votre approche thérapeutique des troubles de l'alimentation?
6. Pouvez-vous décrire plus en détail votre approche thérapeutique?



Annexe C : Le comité consultatif

Sheila Baxter

Auteure et activiste anti-pauvreté
Vancouver, C.-B.

Merryl Bear

National Eating Disorders Information
Centre (NEDIC)
Toronto, Ont.

Marion Fallding

Conseillère
Chilliwack Mental Health
Chilliwack, C.-B.

Sandy Friedman

Auteure et chercheuse
Vancouver, C.-B.

D^{re} Sharon Fuller

Présidente, Cultural and Media Studies
Interdisciplinary Group
Department of Anthropology and
Sociology
Green College, UBC
Vancouver, C.-B.

D^r John Gainer

Psychologue
Cape Breton Healthcare Complex
Sydney, N.-É.

Abigail Idlout

Spécialiste en abus sexuel
Baffin Region Health and Social
Services Board
Iqaluit, Nt

Laura Quilici, Co-coordonnatrice
Vancouver Coordination Program on
Violence against Women in
Relationships
Battered Women's Support Services
Vancouver, C.-B.

Françoise Mathieu

Conseillère
Queen's University Student Counselling
Service
Kingston, Ont.

Raine McKay

Directrice
Association for Awareness and
Networking Around Disordered
Eating (ANAD)
Vancouver, C.-B.

Janice Williams

Directrice
The Centre for Recovering Anorexic:
bulimic Disordered Lives Entrust
(CRADLE)
Lethbridge, Alb.

Shelley Wilson

Coordonnatrice de projet pilote
Girls in the 90's
Public Health Services
Yarmouth, N.-É.

Participant^{es} FREDA

Kelly D'Aoust

Chercheuse, FREDA

Dr. Yasmin Jiwani

Directrice administrative, FREDA

Dr. Shelley Moore

Associée en recherche, FREDA
Auteure de « Raval^{er} sa douleur »

Donna Robertson

Coordonnatrice de la recherche, FREDA