

Université de Montréal

**Attitudes et comportements alimentaires des athlètes québécoises
pratiquant un sport esthétique à un haut niveau : caractéristiques
personnelles et comparaison à un groupe de contrôle**

Par
Marie-Ève Turgeon

Département de Psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie clinique – recherche et intervention
option psychologie clinique

Mai 2015

©Marie-Ève Turgeon, 2015

Résumé

La pratique d'un sport de type esthétique est aujourd'hui considérée par plusieurs (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Thompson & Sherman, 2010) comme un facteur de risque à l'adoption d'attitudes et de comportements alimentaires inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI) et ultimement au développement d'un trouble des conduites alimentaires (TCA). Les études actuelles portant sur cette problématique rapportent toutefois des résultats contradictoires. De plus, certains aspects méthodologiques associés notamment à l'hétérogénéité des échantillons limitent la portée interprétative de ces résultats. Afin de pallier les limites actuelles des écrits empiriques, cette thèse a pour but de tracer le portrait de la problématique des désordres alimentaires chez les jeunes athlètes québécoises de haut niveau en sport esthétique. Pour ce faire, un échantillon homogène de 145 adolescentes âgées de 12 à 19 ans a été constitué soit 52 athlètes de haut niveau et 93 non-athlètes. Les sports représentés sont le patinage artistique, la nage synchronisée et le ballet.

À partir de cet échantillon, deux études sont réalisées. L'objectif de la première étude est de comparer l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA dans les deux groupes à l'aide de deux questionnaires soit le *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) et le *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3). Les résultats obtenus suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les athlètes et les non-athlètes de l'échantillon en ce qui a trait à l'intensité des ACIAI et à la prévalence des TCA.

La deuxième étude est constituée de deux objectifs. Tout d'abord, comparer les deux groupes relativement aux caractéristiques personnelles suivantes : l'insatisfaction de l'image

corporelle (IIC), le sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative (SEP-AN) et l'image corporelle (SEP-IC), le perfectionnisme (P), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ) et le déficit intéroceptif (DI). De nature plus exploratoire, le second objectif de cette étude est de décrire et de comparer les caractéristiques personnelles qui sont associées aux ACIAI dans chacun des groupes. Afin de réaliser ces objectifs, deux autres questionnaires ont été utilisés soit le *Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f* (EDRSQ-f) et le *Body Shape Questionnaire* (BSQ). En somme, les analyses indiquent que les athlètes de l'échantillon présentent des niveaux plus faibles de SEP-AN et de DÉ. Ce faisant, elles auraient moins confiance en leur capacité à maintenir une alimentation normative, mais réguleraient plus efficacement leur émotions que les adolescentes non-athlètes. Une fois l'âge et l'indice de masse corporelle contrôlés, les résultats démontrent également que le SEP-AN et l'IIC contribuent à prédire dans chaque groupe les ACIAI tels que mesurés par la recherche de minceur. Le SEP-AN a aussi été associé dans les deux groupes à l'intensité des symptômes boulimiques. Les modèles obtenus diffèrent cependant quant aux variables prédictives principales. Chez les athlètes de l'échantillon, l'intensité des conduites boulimiques est associée à la DÉ alors qu'elle est davantage liée au DI chez les adolescentes non sportives.

Enfin, en plus de discuter et de comparer l'ensemble de ces résultats aux autres travaux disponibles, les apports distinctifs de la thèse et les principales limites des études sont abordés. Des pistes sont également suggérées afin d'orienter les recherches futures et des implications cliniques sont proposées.

Mots clé : troubles des conduites alimentaire; sport esthétique; adolescentes athlètes;
sentiment d'efficacité personnelle

Abstract

The practice of an aesthetic sport is considered by some to be a risk factor for the adoption of inappropriate eating behaviors and attitudes towards food and body image (IEBA) and ultimately the development of an eating disorder (ED). However, the current literature on this issue reports conflicting results. In addition, some methodological flaws related to sample heterogeneity limit the interpretative scope of these results. To overcome the current limitations of the literature, the goal of this thesis is to explore the problematic of eating disorders in young elite athletes in aesthetic sport. To do this, a homogeneous sample of 145 adolescents aged between 12 and 19 years was recruited; 52 high level athletes and 93 non-athletes. The sports represented are figure skating, synchronized swimming and ballet.

From this sample, two studies were conducted. The objective of the first study was to compare the intensity of IEBA and the prevalence of ED using the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). The results indicate that there is no significant difference between the groups in regard to the intensity of IEBA and the prevalence of ED.

The second study consisted of two goals. First, compare personal characteristics of the two groups. Selected personal characteristics are body image dissatisfaction (BID), normative eating self-efficacy (NESE), body image self-efficacy (BISE), perfectionism (P), asceticism (As), emotional dysregulation (EMD) and interoceptive deficit (ID). The second exploratory objective of this study was to describe and compare the personal characteristics that are associated with IEBA in each group. To achieve these objectives, two other questionnaires

were used; the Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f (EDRSQ-f) and the Body Shape Questionnaire (BSQ). The analysis indicated that the athletes of the sample have lower levels of NESE and EMD. Once age and body mass index are controlled, the results also showed that the NESE and the BID contribute to the prediction of IEBA (e.s. drive for thinness) in each group. The NESE has also been associated in both groups to the intensity of bulimic symptoms. However, the models differ in the main predictor variables. Among the athletes sample, the intensity of bulimic behaviors was associated with EMD while it was more related to ID in the non athlete group.

Finally, in addition to discussing and comparing all these results with the current literature, the distinctive contributions of the thesis and the main limitations of the studies were discussed. Ideas to guide future research and practical clinical implications are also proposed.

Keywords: eating disorders; aesthetic sport; adolescent athletes; self-efficacy

Table des matières

| | |
|--|------------|
| Résumé..... | ii |
| Abstract..... | v |
| Table des matières..... | vii |
| Liste des tableaux..... | ix |
| Liste des abréviations | x |
| Remerciements | xi |
| 1. Introduction..... | 1 |
| 1.1 Le corps dans la pratique d'un sport esthétique..... | 1 |
| 1.2 L'adolescence comme période de développement..... | 4 |
| 1.3 Adolescence et pratique sportive de haut niveau | 6 |
| 1.4 Les attitudes et les comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle..... | 9 |
| 1.4.1 Conséquences sur la santé physique et psychologique | 10 |
| 1.4.2 Les ACIAI et les TCA chez les athlètes | 12 |
| 1.5 Caractéristiques personnelles | 16 |
| 1.5.1 Le sentiment d'efficacité personnelle | 17 |
| 1.5.2 L'insatisfaction de l'image corporelle | 19 |
| 1.5.3 L'ascétisme | 21 |
| 1.5.4 La conscience intéroceptive et la dysrégulation émotionnelle | 22 |
| 1.5.5 Le perfectionnisme..... | 25 |
| 1.6 Description des études | 27 |
| 2. Premier article..... | 30 |
| 3. Deuxième article..... | 60 |
| 4. Discussion..... | 101 |
| 4.1 Synthèse des principaux résultats obtenus | 103 |

| | |
|--|---------------|
| 4.1.1 Premier article | 103 |
| 4.1.2 Deuxième article | 106 |
| 4.1.3 Intégration des résultats des deux études | 108 |
| 4.2 Apports distinctifs de la thèse et implications théoriques | 110 |
| 4.3 Limites principales des études | 112 |
| 4.4 Recherches futures..... | 116 |
| 4.5 Implications cliniques | 119 |
| 5. Conclusion | 122 |
| 6. Bibliographie | 124 |
| Annexe I - Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires répertoriés dans le DSM-5 (traduction libre)..... | xi |
| Annexe II - Tableau comparatif des résultats obtenus aux trois échelles du <i>EDI-3</i>..... | xiii |
| Annexe III - Certificat éthique..... | xiv |
| Annexe IV - Formulaire de consentement | xv |
| Annexe V - Questionnaire sociodémographique..... | xix |
| Annexe VI - Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)..... | xxiv |
| Annexe VII - <i>Eating Disorder Inventory (EDI-3)</i>..... | xxvii |
| Annexe VIII - <i>Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f (EDRSQ-f)</i>..... | xxxix |
| Annexe IX - <i>Body Satisfaction Questionnaire (BSQ)</i>..... | xxxiii |

Liste des tableaux

Premier article de thèse :

| | |
|---|----|
| Tableau I. Nombre d'heures d'entraînement par semaine et niveaux de compétition auxquels participent les participantes du groupe d'athlètes (n = 52)..... | 44 |
| Tableau II. Moyennes et écarts-type obtenus aux échelles du EDI-3 selon le groupe | 45 |
| Tableau III. Moyennes et écarts-type obtenus aux sous échelle du EDE-Q selon le groupe et résultats des tests t..... | 46 |
| Tableau IV. Pourcentages d'athlètes et de non-athlètes ayant adopté chacun des comportements alimentaires inappropriés | 47 |
| Tableau V. Pourcentages des participants de chaque groupe ayant obtenu un résultat cliniquement significatif aux différentes échelles du EDE-Q..... | 48 |

Deuxième article de la thèse :

| | |
|--|----|
| Tableau I. Nombre d'heures d'entraînement par semaine et niveaux de compétition auxquels participent les participantes du groupe d'athlètes (n = 52)..... | 77 |
| Tableau II. Statistiques descriptives et résultats aux tests t pour l'ensemble des variables à l'étude | 79 |
| Tableau III. Corrélations entre les trois mesures d'ACIAI et les autres variables selon le groupe | 81 |
| Tableau IV. Modèles de régressions hiérarchiques finaux pour les variables dans chaque bloc prédisant les résultats au <i>EDE-Q</i> , la recherche de minceur et la boulimie dans le groupe athlète | 82 |
| Tableau V. Modèles de régressions hiérarchiques finaux pour les variables dans chaque bloc prédisant les résultats au <i>EDE-Q</i> , la recherche de minceur et la boulimie dans le groupe de contrôle | 83 |

Liste des abréviations

| | |
|--------------|---|
| ACIAI | Attitudes et comportements inappropriés envers l'alimentation et l'image corporelle |
| As | Ascétisme |
| <i>BSQ</i> | <i>Body Shape Questionnaire</i> |
| DI | Déficit intéroceptif |
| DÉ | Dysrégulation émotionnelle |
| <i>EDE-Q</i> | <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> |
| EDI | <i>Eating Disorder Inventory</i> |
| <i>EDRSQ</i> | <i>Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire</i> |
| IIC | Insatisfaction de l'image corporelle |
| P | Perfectionnisme |
| SEP-AN | Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative |
| SEP-IC | Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'image corporelle |
| TCA | Trouble des conduites alimentaires |

Remerciements

Tant de mots écrits dans cette thèse et j'en manque aujourd'hui pour remercier les gens qui m'ont soutenue et encouragée au cours de ces six dernières années. Je ne pourrais pas terminer cette étape importante sans souligner toute ma reconnaissance envers eux.

Je voudrais en tout premier lieu remercier ma directrice Dominique. Merci de m'avoir donné la chance d'aller au bout de ce projet au départ mille fois trop grand. De m'avoir permis de prendre les chemins que j'avais besoin d'emprunter. Merci de votre patience à l'égard des détours que ma réflexion devait faire pour arriver à bon port. Merci de votre soutien pendant les moments plus difficiles.

Au cours de ces années, j'ai également eu la chance de côtoyer des personnes inspirantes qui par leur écoute, leur sensibilité et leur folie ont chacune à leur manière marqué mon parcours. Merci Laurence et Petya pour toutes ces discussions au labo où vous avez su normaliser mes doutes et relativiser mon angoisse d'imposteur. Aline, merci d'aimer la vie comme tu le fais si bien et de me prouver à chaque fois que je te vois que le bonheur est simple. Valérie, merci de m'avoir recueillie un soir où j'étais complètement perdue. Merci Marie-Claude d'avoir écouté mes élans de panique et mes blagues douteuses pendant toutes ces années. Ton soutien et tes conseils m'auront été précieux. Soline, merci d'être débarquée au pays comme dans ma vie avec ton humour et tes réflexions qui ont rendu ces pauses d'après-midi tellement agréables. Merci pour ta présence apaisante et de m'avoir aidée si souvent à trouver les mots qui me manquaient en rédaction comme dans la vie.

L'accomplissement de ce doctorat n'aurait pu se réaliser sans le soutien indéfectible de mes proches. Je tiens d'abord à remercier ma sœur Josée pour sa résilience et son courage qui m'inspirent tant. Merci Jo, pour tout ce que tu as fait ces deux dernières années. Tu pars maintenant réaliser tes rêves et je te souhaite le bonheur et la paix que tu mérites. Je désire également adresser toute ma gratitude envers mon amoureux qui a traversé avec moi cette longue épopée avec ses hauts et ses bas. Tommy, merci de donner de si belles couleurs à mon quotidien. Merci pour la façon unique que tu as de me faire rire et pour ton calme dans la tempête. La chaleur de ton soutien m'aura permis de garder le cap et de me relever pour terminer ce que j'avais commencé.

En terminant, je souhaite remercier deux personnes parties trop tôt en cours de route. Merci à mon frère pour nos cabanes dans les foins et pour m'avoir aidé si souvent à grimper sur la balançoire. François, je n'oublierai pas qui tu étais et je garderai en tête l'homme que tu aurais pu être. Merci à ma mère, pour sa passion de la vie, des fleurs et du vin. Maman, merci d'avoir toujours cru en moi et pour ces doses de réconfort et d'amour dont j'avais tant de besoin. Merci de tout cœur à vous deux.

1. Introduction

1.1 Le corps dans la pratique d'un sport esthétique

Chez l'athlète, le corps est l'un des vecteurs principaux de sa performance. Il représente l'outil de travail par lequel la personne peut concrétiser ses objectifs (Waldron & Krane, 2005). Les caractéristiques physiques qui favorisent la réalisation de performances de haut niveau peuvent dépendre de la nature de la tâche à réaliser. Selon la discipline pratiquée, certains attributs physiques sont donc davantage recherchés par les athlètes (Leone & Larivière, 1998). Dans plusieurs sports, les caractéristiques corporelles désirées pour la performance sont souvent associées au poids corporel de l'athlète. En effet, selon l'*American Dietetic Association*, les Diététistes du Canada ainsi que l'*American College of Sport Medicine*, le poids corporel peut affecter le potentiel de succès d'un athlète pour un sport donné (Rodriguez, DiMarco, & Langley, 2009). À cet effet, Davis (1992) mentionne que dans la plupart des sports, un poids légèrement supérieur au poids santé minimal de l'athlète limiterait la vitesse, l'endurance et l'agilité de celui-ci en plus de contribuer à augmenter rapidement son état de fatigue. Ainsi, les quantités de tissus adipeux et de masse musculaire présentes chez l'athlète constitueraient des variables clés pour l'obtention du succès athlétique (Benardot, 2007; Claessens, Lefevre, Beunen, & Malina, 1999; Wilmore, 1992). Par exemple, dans les sports de contacts (judo, lutte, boxe), un poids élevé peut devenir un atout si l'excès de poids de l'athlète est lié à sa masse musculaire et non à son taux de gras corporel, et un faible poids peut se révéler être un avantage pour un athlète pratiquant un sport d'endurance si sa masse musculaire n'est pas compromise (Dosil, 2008). Dosil (2008) précise que, dans le contexte sportif de haut niveau, la méthode choisie pour contrôler le poids ou la quantité de (Abadie, de Tournemire, & Alvin, 2003) tissus adipeux dépendrait de l'objectif recherché par

l'athlète. Par exemple, il soutient que dans plusieurs sports tels que la lutte, la boxe et le judo, les athlètes peuvent parfois utiliser des méthodes de perte de poids rapides (comme la sudation excessive) afin d'adapter leur poids, le jour de la pesée précédant la compétition, à la catégorie d'adversaires contre laquelle ils souhaitent être opposés. Pour les athlètes pratiquant un sport où la légèreté constitue un atout pour la vitesse, l'endurance et l'impulsion au saut (ex. gymnastique et course d'endurance), le but recherché est plutôt de maintenir un faible poids pendant une longue période de temps notamment par l'emploi de coupe-faims ou par des restrictions alimentaires (Dosil, 2008).

Le poids corporel est aussi considéré comme une variable importante dans le milieu sportif pour des raisons esthétiques (Filaire, Rouveix, Bouget, & Pannafieux, 2007). En effet, dans certains sports, la performance est intrinsèquement liée aux capacités physiques de l'athlète en plus d'accorder une place particulière à l'esthétisme de la prestation (Claessens et al., 1999; DiBartolo & Shaffer, 2002; Sundgot-Borgen & Larsen, 1993). La gymnastique, le patinage artistique et la nage synchronisée constituent quelques exemples de sports dits « esthétiques » dans lesquels l'appréciation de la performance de l'athlète est évaluée par des juges selon certains critères, et ce, contrairement aux autres disciplines sportives où le classement est déterminé exclusivement à partir de critères objectivement mesurables (Scoffier, Maiano, & d'Arripe-Longueville, 2010). En effet, dans les sports esthétiques, la compétition se caractérise par un système complexe de cotations par lequel des juges évaluent différentes composantes de la performance de l'athlète, notamment les habiletés techniques et la prestation artistique (Robertson, Benardot, & Mountjoy, 2014). La pratique d'un sport esthétique se caractérise également par le port d'un uniforme ou d'un costume révélant

généralement le corps de l'athlète et qui peut devenir un objet de préoccupations et de comparaisons sociales importantes (Greenleaf, 2002; Krane, Choi, Baird, Aimar, & Kauer, 2004). Par exemple, il est spécifié dans le Programme de soutien au développement de l'excellence de l'athlète élaboré par Patinage Québec que « les membres d'une équipe de patinage artistique synchronisée doivent avoir un physique similaire (taille, poids, etc.) afin de créer un visuel harmonieux. Plus les patineurs sont similaires, plus il serait facile d'être synchronisé » (2014, p. 24). Dans un tel contexte, de fortes pressions peuvent être exercées chez certains athlètes afin qu'ils développent les caractéristiques corporelles idéales pour leur pratique sportive, c'est-à-dire celles que les entraîneurs, les spécialistes de la préparation physique et les athlètes eux-mêmes associent à la performance. Cette pression serait d'autant plus forte lorsque la discipline est pratiquée à des niveaux élevés (Byrne & McLean, 2002; Petrie & Greenleaf, 2007). En effet, plus l'athlète est impliqué dans son sport à des niveaux élevés, plus les impératifs et les enjeux associés à la performance deviennent importants (Picard, 1999).

Dans l'environnement sportif de haut niveau, Viaud (2008) propose la notion de « paradoxe du double-corps » pour rendre compte de ce contexte particulier où le corps doit être poussé au maximum de ses possibilités pour gagner, mais également être protégé pour assurer la continuité de l'entraînement et des performances. Ainsi, tout en cherchant à atteindre les caractéristiques corporelles idéales dans sa discipline, l'athlète en sport esthétique doit également s'assurer de maintenir un apport énergétique suffisant et une masse musculaire optimale pour performer (Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner, & Strauss, 2009). À cet effet, une étude menée par Sherman et Thompson (1996) auprès de gymnastes de

niveau élite suggère une relation non linéaire entre l'indice de masse corporelle¹ (IMC) de l'athlète et la qualité de sa performance. Selon les résultats obtenus, un faible IMC serait associé aux meilleures performances, mais celles-ci tendraient à diminuer lorsque l'IMC de l'athlète est trop faible. Les auteurs expliquent cette détérioration de la performance par le fait que plus le taux de gras corporel de l'athlète est faible, plus la perte de poids s'opère au détriment de la masse musculaire et de l'hydratation, ce qui affecterait la force et l'endurance physique (Sherman & Thompson, 1996). Pour performer, l'athlète a donc besoin de maintenir un équilibre entre deux éléments : les besoins énergétiques et musculaires de son corps (indispensables à la réalisation de la tâche demandée) et les caractéristiques corporelles (poids corporel, silhouette mince) idéales nécessaires à l'obtention de performances de haut niveau.

Un adolescent qui évolue dans un tel environnement fait face à des défis particuliers. Afin de rendre compte de cette réalité, une description des différentes tâches développementales associées à la période d'adolescence sera d'abord réalisée et les enjeux associés à la pratique sportive de haut niveau seront ensuite abordés.

1.2 L'adolescence comme période de développement

Étymologiquement, le terme adolescence provient du latin *adulescens* qui signifie « celui qui est en train de croître » (Huerre, 2001). L'adolescence est donc une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte qui entraîne un remaniement général des dimensions psychologiques, physiologiques et sociales de l'individu. Cette période de vie se distingue par la réalisation de tâches développementales s'articulant notamment autour de l'avènement de la

¹ L'indice de masse corporelle se calcule en divisant le poids (kilos) par la taille au carré (mètre).

puberté, la quête identitaire et un processus de séparation-individuation (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

La période de la puberté se caractérise par des transformations majeures au plan physiologique à travers lesquelles le corps enfant devient celui d'un adulte. Pour l'adolescent, ce processus est imprévisible et se réalise indépendamment de sa volonté (Cloutier & Drapeau, 2008). Il peut donc être à l'origine de réactions et d'émotions variées pouvant être marquées par l'ambivalence, l'anxiété et de nombreux questionnements. Véritable métamorphose, le développement pubertaire implique non seulement d'intégrer à son identité en construction ce nouveau corps et les nouvelles capacités qui lui sont associées, mais également de faire le deuil de son corps d'enfant (Maïdi, 2012). Au cours de l'adolescence, l'image corporelle peut ainsi devenir l'objet central des préoccupations des jeunes et parfois la source d'une importante insatisfaction (Grogan, 2008). Par ailleurs, de fortes pressions sont aujourd'hui exercées sur les femmes afin qu'elles rencontrent les standards de beauté idéaux véhiculés par la société notamment entourant la minceur (Hausenblas & Carron, 1999, Vinette, 2001). Pour certaines adolescentes, l'écart perçu entre leur image corporelle et celle valorisée par la société serait à l'origine d'affects négatifs pouvant aller jusqu'à un état de détresse psychologique important (Grogan, 2008). Ainsi, les transformations physiques et la comparaison avec les pairs qui caractérisent cette période constitueraient un contexte propice au développement de l'insatisfaction de l'image corporelle (Claes & Lannegrand-Willems, 2014).

La quête identitaire constitue également une tâche développementale de l'adolescence qui amène les jeunes à vouloir se définir comme individu. Répondre à la question « qui suis-je? » pousse l'adolescent à remettre en question ses identifications antérieures tout en explorant le monde se situant au-delà des frontières du système familial. Le processus de séparation-individuation se traduit par une recherche d'autonomie et d'indépendance qui s'accompagne de l'investissement de nouveaux liens sociaux et d'une diversification des intérêts. Il est à noter que l'ensemble de ces processus sont influencés par le développement des capacités cognitives se reflétant à travers l'avènement progressif d'une pensée formelle donnant accès à un mode réflexif plus complexe.

1.3 Adolescence et pratique sportive de haut niveau

L'engagement des adolescents dans une pratique sportive intensive visant la performance peut teinter la réalisation de ces tâches développementales (Carrier, 1999; Duclos, 2003; Michel, Purper-Ouakil, Leheuzez, & Mouren-Simeoni, 2003; Viaud, 2008). En effet, la pratique d'un sport à un haut niveau implique pour l'adolescent un engagement important qui peut avoir un effet sur la façon dont il va se définir, composer son cercle social et choisir ses centres d'intérêt. En ce sens, la pratique sportive offre à l'adolescent de nouveaux objets d'investissement qui, s'ils sont le reflet d'un choix personnel, peuvent lui donner l'occasion d'enclencher un processus de distanciation avec le milieu familial (Baril, Ouimet, Bergeron, Séguin-Tremblay, & Gauthier, 2011). De plus, la quête d'autonomie et d'indépendance au cours de cette période de vie peut se voir stimulée par la nécessité pour l'adolescent de jongler avec la réussite académique et le mode de vie exigeant lié à la pratique de son sport. Toutefois, il est aussi possible que l'engagement dans la pratique sportive de

l'adolescent ait été influencé par son environnement et soit le reflet des attentes d'un entourage pour qui la réussite athlétique constitue un idéal à atteindre (Purper-Ouakil, Michel, Baup, & Mouren-Simeoni, 2002). Considérant le temps et l'énergie qui doivent être investis dans l'entraînement et les compétitions, la pratique sportive de haut niveau pourrait également limiter le processus d'exploration normale et souhaitable à l'adolescence (Brewer, Van Raalte, & Linder, 1993). De plus, l'atteinte et le maintien de l'athlète à un niveau élite de sa discipline impliquent pour son entourage un investissement important dans différents domaines, notamment au niveau financier et logistique (transport, achat d'équipement, formation, camps d'entraînement), et ce, pendant une longue période de temps (Baril et al., 2011; Wylleman, Verdet, Lévêque, De Knop, & Huts, 2004) ce qui pourrait potentiellement retarder l'autonomisation et l'indépendance de l'adolescent sur certains plans.

La pratique d'un sport de haut niveau au cours de cette période peut également permettre à l'adolescent de mettre à défi ses nouvelles capacités physiques et ainsi contribuer à la réappropriation de son corps et au rétablissement de ses repères. Par ailleurs, l'investissement dans le sport de haut niveau pourrait être une façon de composer avec les angoisses suscitées par la réalisation des tâches développementales et la montée pulsionnelle qui caractérisent cette période de vie et qui dépassent les capacités adaptatives de certains adolescents (Duclos, 2003). La mise en action du corps par la pratique sportive pourrait alors devenir une façon de gérer les angoisses suscitées par la puberté (Jeammet, 2001; Michel, 2001; Viaud, 2008). De plus, en tentant de développer les caractéristiques corporelles associées à la performance dans les sports esthétiques de haut niveau, l'adolescent peut avoir

l'impression d'exercer un contrôle sur son corps plutôt que de subir passivement les transformations pubertaires (Viaud, 2008).

La puberté et les changements corporels rapides à l'adolescence peuvent avoir un effet important sur la performance athlétique dans les sports esthétiques (Rodin & Larson, 1992). Ainsi, le développement des caractéristiques sexuelles secondaires associées à la maturation physique normale peut être perçu par les athlètes comme un obstacle à leur carrière (Sundgot-Borgen, 1994). En effet, les transformations pubertaires ne s'opèrent pas nécessairement vers le développement des caractéristiques corporelles désirées. De manière plus spécifique, le corps idéalisé dans la pratique de sport esthétique chez les jeunes filles se caractérise par une petite stature, une faible masse corporelle, des hanches étroites, un faible taux de gras corporel et une masse maigre élevée (Claessens et al., 1999; Wilson & Eldredge, 1992). L'arrivée de la puberté chez l'adolescente peut rendre ce standard difficile à atteindre. Par exemple, si le pourcentage de gras corporel chez les femmes adultes varie entre 23% et 27% (Greydanus & Patel, 2002), celui retrouvé dans une étude réalisée auprès de jeunes filles âgées entre 9 et 16 ans pratiquant la gymnastique rythmique sur la scène internationale est en moyenne de 18.3% (Camargo et al., 2014). De plus, dépendamment de certains facteurs biologiques innés (métabolisme, type de physionomie, génétique), il peut-être plus ou moins facile pour la jeune fille de rencontrer les caractéristiques physiques idéales de son sport. Considérant que les athlètes s'efforcent jour après jour d'élever leur niveau de performance en améliorant leurs qualités physiques, ils auraient tendance à percevoir leur corps comme étant un objet « malléable » qu'ils peuvent façonner de manière à atteindre les standards corporels idéaux prescrits par leur discipline (Rodin & Larson, 1992). Ainsi, certaines d'entre elles peuvent

tenter de modifier ou de maintenir leur apparence ou leur poids corporel par l'adoption d'attitudes et de comportements alimentaires inappropriés.

1.4 Les attitudes et les comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle

Les attitudes et les comportements alimentaires inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI) peuvent prendre différentes formes (Cobb, 2006). Les restrictions alimentaires, les diètes ou jeûnes, les préoccupations pour le poids ou l'apparence physique, l'activité physique intensive visant la perte de poids, la prise de laxatifs ou de diurétiques, l'emploi de coupe-faims et les vomissements provoqués constituent des exemples d'ACIAI dont la fréquence et le niveau de sévérité peuvent varier (Byrne & McLean, 2001; Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2008). La chronicité et l'intensité de ces mauvaises habitudes alimentaires peuvent mener au développement d'un trouble de la conduite alimentaire (TCA) (Cobb, 2006; Cox, 2005). Bien que la seule présence d'ACIAI chez une personne ne soit pas suffisante pour qu'un diagnostic de TCA soit posé, elles constituent toutefois un facteur de risque important à leur développement (Fairburn, Cooper, Doll, & Davies, 2005; Patton, Selzer, Coffey, Carlin, & Wolfe, 1999). Considérant que plus de 50 % des jeunes filles de la population générale adoptent des ACIAI dans le but de contrôler ou modifier leur poids ou leur apparence corporelle (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002), cette population serait particulièrement à risque de développer un TCA.

Parmi les troubles alimentaires répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013), l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie et les

troubles alimentaires non spécifiés comptent parmi les plus fréquents (Stice, Marti, & Rhode, 2013). Selon une étude récente, la prévalence à vie chez les adolescentes varie selon le trouble et peut atteindre 0.8% pour l'anorexie mentale, 2.6% pour la boulimie, 3.0% pour l'hyperphagie et 11.5% pour les troubles alimentaires non spécifiés (Stice et al., 2013). L'annexe I recense les différents troubles des conduites alimentaires répertoriés dans le DSM-5 ainsi que leurs critères diagnostiques respectifs (APA, 2013).

À ce jour, un consensus émerge de la recherche relativement à la multidimensionnalité des facteurs étiologiques et de maintien des TCA (APA, 2013). Ainsi, la présence d'un désordre alimentaire chez une adolescente implique des facteurs d'ordre social (ex. l'isolement social, la dynamique familiale), biologique (ex. la génétique, des complications néo-natales) et des caractéristiques personnelles ou psychologiques (ex. tempérament, traits de personnalité) (Garfinkel & Garner, 1982; Klump, Wonderlich, Lehoux, Lilienfeld, & Bulik, 2002 ; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Woerwag-Mehta & Treasure, 2008). Parmi ces facteurs, certains environnements ont été identifiés comme des milieux pouvant mettre à risque les individus au développement d'un TCA, notamment le contexte de la pratique d'un sport esthétique (Filaire, Rouveix, & Bouget, 2008; Sundgot-Borgen, 1994; Thompson & Sherman, 2010).

1.4.1 Conséquences sur la santé physique et psychologique

La présence d'un TCA peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique des individus. L'*American Psychiatric Association* (2004) dresse une liste de ces répercussions qui peuvent varier notamment en fonction du type de trouble présenté, de

son intensité ainsi que de sa durée. Parmi elles, on note entre autres des troubles gastro-intestinaux, des troubles des systèmes endocrinien et métabolique, des problèmes cutanés, des troubles cardiovasculaires ainsi que des difficultés au niveau musculaire et squelettique (APA, 2000; Fairburn & Harrison, 2003; Sharp & Freeman, 1993). Au plan psychologique, la présence d'un TCA peut affecter l'humeur (affects dépressifs et anxieux, irritabilité), le fonctionnement social (évitement des activités sociales et isolement) et cognitif (difficultés de concentration) en plus de favoriser la mise en place d'obsessions et de compulsions liées à la nourriture ou au corps (APA, 2013). Si la plupart de ces complications sont réversibles lorsque la jeune fille se réalimente régulièrement et que son poids augmente, des complications importantes peuvent survenir si le trouble se maintient dans le temps (APA, 2013; Sharp & Freeman, 1993). De plus, en raison des complications physiologiques et du risque de passage à l'acte suicidaire, les troubles des conduites alimentaires constituent le problème de santé mentale dont le taux de mortalité est le plus élevé, soit environ 5% (APA, 2004).

En plus des complications susmentionnées, la présence d'un TCA peut également avoir des conséquences spécifiques sur la santé et le développement du jeune athlète. En effet, une déficience en nutriment jumelée à une activité physique intense placent les jeunes athlètes plus à risque de fatigue chronique, de blessures et d'une diminution de la fonction immunitaire du corps (Sundgot-Borgen & Garthe, 2011). Les crises de boulimie et l'usage de méthodes purgatives telles que les vomissements provoqués rendraient les athlètes particulièrement vulnérables à la déshydratation et à un déséquilibre des électrolytes pouvant causer des troubles du rythme cardiaque (Thompson & Sherman, 2010). Le concept de «triade de l'athlète féminine» a été créé afin de rendre compte d'un ensemble de conséquences

physiologiques associées aux restrictions alimentaires chez les sportives, notamment un cycle menstruel irrégulier et une faible densité minérale osseuse (Nattiv et al., 2007). Au plan psychologique, le contrôle que doivent exercer les athlètes sur leurs comportements alimentaires afin de développer ou de maintenir les caractéristiques corporelles recherchées dans leur sport peut être psychologiquement épuisant et favoriser le développement de préoccupations excessives pour la nourriture et le corps (Sundgot-Borgen & Garthe, 2011).

1.4.2 Les ACIAI et les TCA chez les athlètes

Dépendamment du mode d'évaluation et des critères diagnostiques utilisés ainsi que des caractéristiques de la population étudiée, la fréquence des ACIAI et des TCA chez les athlètes qui pratiquent un sport esthétique varie grandement d'une étude à l'autre (Oliveira Coelho, de Abreu Soares, & Ribeiro, 2010). Par exemple, les résultats d'une étude réalisée à l'aide d'un questionnaire (*Eating Disorder Inventory-2*; Garner, 1991) ainsi que d'une entrevue standardisée (*Eating Disorder Examination*; Cooper, Cooper, & Fairburn, 1989) suggèrent que près de 42% des athlètes de l'échantillon qui pratiquent un sport esthétique présentent un désordre alimentaire (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Une seconde étude réalisée à l'aide d'un questionnaire différent (*Eating Attitudes Test-26*; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) rapporte plutôt une prévalence de 10,37%. Malgré cette différence, de nombreux auteurs s'entendent sur le fait que, à l'image de la population générale, les femmes qui pratiquent ce type de sport seraient plus à risque de développer un TCA que leurs homologues masculins (Filaire et al., 2007; Greenleaf, Petrie, Carter, & Reel, 2009; Hausenblas & McNally, 2004; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Afin d'évaluer si les athlètes féminines en sport esthétique constituent une population plus à risque que les femmes non athlètes, un nombre important d'études comparatives ont été effectuées au cours des dernières années, et ce, par des équipes de recherche réparties à travers le monde. Cependant, l'hétérogénéité des échantillons constitués dans ces études, notamment en ce qui a trait à l'âge et au niveau de compétition des participantes, rend difficile l'interprétation des résultats. De plus, très peu d'études ont été réalisées auprès de populations adolescentes et les résultats obtenus sont contradictoires (Werner et al., 2013). En effet, dans les études dont les participantes sont âgées en moyenne entre 11 et 19 ans, certains résultats suggèrent que les jeunes filles qui pratiquent un sport esthétique à un haut niveau seraient plus à risque de développer un désordre alimentaire que les adolescentes non athlètes (Ferrand, Champely, & Filaire, 2009; Francisco, Narciso, & Alarcao, 2013; Krentz & Warschburger, 2011). Par exemple, le résultat des travaux de Francisco, Narciso et Alarcao (2013) suggère que les jeunes gymnastes et danseuses élites de l'échantillon ($M = 1,69$; $É-T = 1,32$) présentent en moyenne des scores significativement plus élevés à l'échelle globale du *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q*; Fairburn & Beglin, 1994) par rapport aux adolescentes non athlètes ($M = 1,22$; $É-T = 1,25$).

Les résultats d'autres études ne révèlent cependant aucune différence significative entre les deux groupes (Ferrand, Magnan, & Philippe, 2005; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007). Par exemple, une étude réalisée auprès de jeunes gymnastes de haut niveau et leurs homologues non-athlètes a rapporté des moyennes similaires entre les groupes sur les trois échelles du *EDI-2* généralement utilisées dans l'évaluation des désordres

alimentaires (recherche de minceur, boulimie et insatisfaction de l'image corporelle) (Salbach et al., 2007).

La divergence des résultats pourrait être imputable aux différentes méthodologies utilisées notamment la variabilité des outils psychométriques utilisés ainsi qu'à l'utilisation de petits échantillons qui peut limiter la puissance statistique des résultats (Byrne & McLean, 2001; Greenleaf et al., 2009; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). À cet effet, les groupes constitués d'athlètes varient dans quatre de ces études entre 42 et 61 participantes (Ferrand, Magnan, & Philippe, 2005; Ferrand, Champely, & Filaire, 2009; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007) Par ailleurs, notons l'absence ou le peu d'informations relatives aux participantes des groupes contrôles constitue une limite importante à l'interprétation des comparaisons effectuées. Par exemple, dans certaines études les moyennes d'âge de chacun des groupes d'adolescentes n'ont pas été précisées et comparées et aucune information n'a été rapportée en ce qui a trait aux critères d'inclusion et d'exclusion mis en place dans la constitution du groupe de contrôle. Par ailleurs, la conception de haut niveau et de sport élite varie considérablement entre les études selon les critères choisis par les auteurs. Ainsi, la majorité des études ont constitué leur groupe d'athlètes en se basant seulement sur leur niveau de compétition sans documenter le degré d'implication et d'engagement au quotidien par leur nombre d'heures d'entraînement hebdomadaire (Ferrand et al., 2005; Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach et al., 2007). Il est possible que les petites tailles d'échantillons retrouvées dans ces études soient associées à des difficultés de recrutement. En effet, le recrutement d'athlètes de niveau national et international pour participer à une recherche peut s'avérer difficile en raison de leur nombre restreint, de leur

emploi du temps chargé et de leur accessibilité limitée (ex. compétitions et sites d'entraînement à l'étranger, encadrement des fédérations sportives). Il est également possible que l'environnement dans lequel l'athlète évolue influence son évaluation et sa perception de ses attitudes et de ses comportements à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle. Ainsi, l'adoption de certains ACIAI, tel que l'exercice physique excessif, pourrait être normalisée dans le milieu sportif de haut niveau en raison des impératifs de performance. Cette banalisation pourrait influencer la perception que l'athlète a de ses propres comportements et l'amener à sous-évaluer l'intensité de certaines conduites ou attitudes qui ne détonnent pas par rapport à son groupe d'appartenance (Carrier, 2002; Filaire et al., 2008).

Considérant l'inconsistance des résultats retrouvés dans les études empiriques, il n'est pas possible actuellement de tirer des conclusions quant au lien qui unit la pratique d'un sport esthétique à un haut niveau et l'adoption d'ACIAI chez les adolescentes. La première étude de cette thèse répondra spécifiquement à cette problématique en comparant l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA mesurées chez des jeunes athlètes élites en sport esthétique à celles d'adolescentes non athlètes.

Par ailleurs, plusieurs auteurs soutiennent que la pratique sportive et la pression qui lui est associée ne peuvent pas expliquer à elles seules la présence d'un désordre alimentaire (ACIAI ou TCA) chez les athlètes (Afflelou, 2009; Sundgot-Borgen, 1994; Thompson & Sherman, 2010). En effet, même si les taux rapportés varient grandement d'une étude à l'autre, ce n'est pas l'ensemble des athlètes pratiquant un sport esthétique à un haut niveau qui adopte des ACIAI. Comme il a été mentionné, les TCA sont des problématiques

multidimensionnelles qui impliquent notamment des facteurs liés aux caractéristiques personnelles de l'individu. En ce sens, certaines caractéristiques personnelles des jeunes filles qui évoluent au plus haut niveau d'une discipline sportive de type esthétique pourraient constituer des facteurs de risque ou des facteurs de protection face à l'adoption d'ACIAI. La deuxième étude de cette thèse portera spécifiquement sur cette question. Deux critères ont orienté la sélection de ces caractéristiques personnelles : 1) le rapport particulier qui unit le corps, l'alimentation et la performance de l'adolescente dans un contexte sportif esthétique de haut niveau; 2) le recoupement entre certaines caractéristiques psychologiques recherchées chez les athlètes pour leur lien avec la performance et celles retrouvées dans le portrait d'adolescentes souffrant d'un TCA.

À partir de ces deux critères, sept caractéristiques personnelles ont été retenues dans l'étude soit le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative (SEP-AN) et de l'image corporelle (SEP-IC), l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ), le déficit intéroceptif (DI) et le perfectionnisme (P). La section qui suit abordera spécifiquement chacune de ces caractéristiques personnelles.

1.5 Caractéristiques personnelles

Afin de bien situer le cadre conceptuel de cette thèse, chacune des caractéristiques personnelles sera dans un premier temps définie et les liens suggérés avec le développement des TCA seront exposés. Les principaux résultats des études qui se sont intéressées à ces caractéristiques dans le domaine sportif seront revus. Il est à noter que la dysrégulation

émotionnelle et le déficit intéroceptif seront traités conjointement en raison de leur proximité conceptuelle.

1.5.1 Le sentiment d'efficacité personnelle

Bandura définit le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) comme la croyance d'un individu en sa capacité à organiser et appliquer les plans d'action nécessaires pour réaliser des performances données (Bandura, 2003). Ainsi, le SEP implique non seulement de croire que l'action ciblée permettra d'atteindre l'objectif désiré, mais également de se sentir apte à réaliser cette action (Bandura, 2003; Carapato & Petot, 2004). Un SEP élevé favoriserait la mobilisation de l'effort et de la motivation à agir, tandis qu'un faible SEP interférerait avec la performance de la tâche en plus d'affecter négativement l'état émotionnel de l'individu par des affects dépressifs et de l'anxiété (Pinto, Guarda, Heinberg, & DiClemente, 2006). Le SEP ne serait pas une disposition globale, mais bien une évaluation ponctuelle de ses capacités pouvant varier en fonction du domaine d'activité, du niveau d'exigence de la tâche et des circonstances (2003). Le niveau de SEP qu'un individu entretient dans un domaine donné permettrait de prédire ses comportements, ses émotions et ses pensées à venir lorsqu'il n'arrive pas à atteindre les objectifs désirés (Bandura, 2003; Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton, & Joiner, 2006).

Un nombre important d'études tendent à démontrer que le SEP jouerait un rôle important dans l'adoption ou le maintien des comportements sains liés entre autres à l'alimentation et à l'exercice physique (Abusabha & Achterberg, 1997). Par ailleurs, Bandura (2003) soutient que certaines problématiques de santé mentale telles que la dépression, les

troubles anxieux, les addictions et les troubles des conduites alimentaires seraient sous-tendus par une perturbation du SEP. Plus spécifiquement, les problématiques de désordre alimentaire se caractériseraient par un faible SEP à l'égard de ses capacités à autoréguler ses comportements alimentaires problématiques dans les moments stressants (Bandura, 2003). En ce sens, une étude réalisée auprès d'une population non clinique a indiqué qu'un faible niveau de confiance en ses capacités à contrôler son alimentation au cours d'expériences affectives négatives était associé à de plus grandes préoccupations pour le poids ainsi qu'à des attitudes et des comportements (crise de boulimie, purges) caractérisant le profil symptomatologique de la boulimie (Berman, 2006). Les résultats d'une étude menée auprès d'adolescentes âgées de 13 à 19 ans suggèrent que le sentiment d'efficacité spécifique à l'alimentation ainsi que la peur de prendre du poids sont fortement corrélés avec l'intensité des symptômes boulimiques rapportée (Bennett, Spoth, & Borgen, 1991). De plus, chez les jeunes filles à risque de surpoids, des niveaux élevés de sentiment d'efficacité global et spécifique à l'alimentation sont corrélés négativement avec la fréquence d'épisode de perte de contrôle du comportement alimentaire (Glasofer et al., 2013). La capacité de maintenir une alimentation saine et une image corporelle réaliste sont également considérées comme des variables importantes dans le traitement des personnes atteintes d'un TCA et dans l'évolution positive du trouble (Goodrick, Pendleton, & Kimball, 1999; Pinto, Heinberg, Coughlin, Fava, & Guarda, 2008; Wolff & Clark, 2001).

Comme nous l'avons souligné, la gestion de l'alimentation peut être complexe dans le milieu sportif de haut niveau. En plus de connaissances approfondies en nutrition, l'atteinte et le maintien de cet équilibre impliquent une capacité d'organisation et de planification

alimentaire qui peut être exigeante pour une adolescente. La participation sportive à de hauts niveaux implique pour les jeunes athlètes la gestion d'un emploi du temps chargé par les obligations scolaires, les entraînements ainsi que par les nombreux déplacements nécessaires afin de prendre part aux compétitions (Anderson & Petrie, 2012). Dans un tel contexte, l'adoption d'une alimentation équilibrée qui rencontre les objectifs visés peut représenter un défi. La difficulté associée à cette tâche pourrait avoir un effet sur le SEP que l'adolescente entretient face à ses capacités à s'alimenter sans avoir recours au ACIAI. Toutefois, il est également possible que les athlètes puissent bénéficier de l'encadrement parental et des professionnels en nutrition pour les aider à développer leur SEP à l'égard de l'alimentation. À ce jour, aucune étude n'a examiné la relation entre le SEP à l'égard de l'alimentation et à l'image corporelle et l'adoption d'ACIAI chez les athlètes de haut niveau.

1.5.2 L'insatisfaction de l'image corporelle

L'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) réfère à l'évaluation subjective négative qu'une personne a ou développe à l'égard de son corps (en partie ou en totalité), de son poids corporel ou de sa silhouette (Cash & Deagle, 1997; Stice & Shaw, 2002; Wertheim, Paxton, & Blaney, 2009). Le niveau d'insatisfaction qu'une personne peut entretenir à l'égard de son image corporelle est variable. En somme, plus la différence perçue entre le corps idéalisé et le corps actuel est minime, plus le niveau d'insatisfaction serait faible et inversement (Szymanski & Cash, 1995). Rodin, Silberstein et Striegel-Moore (1992) conceptualisent l'IIC en un continuum pouvant aller d'une insatisfaction « normale » (touchant la majorité de la population) à une insatisfaction marquée d'une grande détresse associée à des perturbations dans la vie quotidienne. L'IIC est reconnue comme un facteur de risque important à

l'apparition et au maintien des troubles des conduites alimentaires (TCA) (APA, 2004, 2013; Bruch, 1962; Garner & Garfinkel, 1981; Sepuveda, Botella, & Leon, 2002; Stice & Shaw, 2002). En effet, les préoccupations pour le poids au début de l'adolescence seraient l'un des prédicteurs les plus robustes au développement des TCA au cours de cette période (Smolak, 2009).

Plusieurs auteurs dans le domaine de la psychologie sportive maintiennent que la pression ressentie pour être mince et l'internalisation de la minceur comme idéal augmenteraient les risques d'IIC chez les jeunes athlètes évoluant dans un sport esthétique (Bergstorm & Neighbors, 2006; Thompson & Sherman, 2010). En effet, les athlètes féminines constituent une fraction de la population qui, en plus de vivre l'influence des standards de beauté idéaux imposés aux femmes, subit également la pression associée au fait de développer les caractéristiques corporelles associées à la performance (Holm-Denoma, Scaringi, Gordon, Van Orden, & Joiner, 2009). À cet effet, Lopiano et Zotos (1992) affirment que les pressions exercées sur les athlètes féminines sont aujourd'hui plus grandes que jamais en raison de la grande visibilité dont elles font l'objet et de la présence de médias de plus en plus diversifiés. Rodin et Larson (1992) précisent que dans cette médiatisation de l'athlète, l'emphase est d'abord et avant tout mise sur le corps et que cette pression additionnelle renforce les standards de minceur et d'esthétisme associés à la performance athlétique. Considérant que l'adolescence serait une période particulièrement à risque au développement de l'IIC, les jeunes athlètes qui pratiquent un sport esthétique seraient donc potentiellement vulnérables.

Malgré ces facteurs de risque, certaines études n'ont pas relevé de différence significative dans les niveaux d'IIC rapportés par des jeunes athlètes de haut niveau en sport esthétique et des adolescentes non athlètes (Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach et al., 2007). De plus, si la relation qui unit l'IIC à l'adoption d'ACIAI dans la population non athlétique fait présentement l'objet d'un consensus, les résultats des travaux menés auprès de jeunes athlètes (11 à 25 ans) pratiquant un sport esthétique à un haut niveau présentent des conclusions contradictoires. Certaines mettent en lumière la place de l'IIC comme facteur prédictif significatif des ACIAI (Francisco et al., 2013; Garner, Garfinkel, Rockert, & Olmsted, 1987; Krentz & Warschburger, 2011; Voelker, Gould, & Reel, 2014) alors qu'une autre ne soulève pas de lien significatif (de Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007). La divergence des résultats obtenus pourrait s'expliquer par les différentes conceptualisations de l'IIC ainsi que la diversité des outils psychométriques utilisés par les auteurs pour l'évaluer (de Bruin, Oudejans, Bakker, & Woertman, 2011; Hausenblas & Carron, 1999).

1.5.3 L'ascétisme

L'ascétisme peut se définir comme « un trait de caractère ou un mode de vie caractérisé par un renoncement des plaisirs physiques, des expériences sensuelles ou des besoins corporels » (traduction libre de Corssini, 2002, p. 68). Pour Garner (2004), les individus ascétiques ont tendance à rechercher la vertu à travers la poursuite d'un idéal tel que l'autodiscipline, le déni, le sacrifice de soi et le contrôle des pulsions corporelles. Un certain niveau d'ascétisme a été décrit dans le portrait psychologique des jeunes filles souffrant d'un TCA notamment par leur tendance à ne pas répondre à leurs besoins internes et à s'engager dans des conduites d'abnégation (Schmidt & Treasure, 2006). Selon Garner (2004), la mise en

place de diètes, le jeûne, et l'emploi de méthodes purgatives pourraient être utilisés comme une forme de purification du corps ou une façon de se punir et d'expier des sentiments de culpabilité et de honte associés à l'impression d'avoir commis une faute en s'alimentant.

Les tendances à valoriser la discipline et le sacrifice de soi notamment par la restriction et le contrôle du corps sont reconnues comme des caractéristiques nécessaires à la réussite athlétique (Gould, Dieffenbach, & Moffett, 2002; Thompson & Sherman, 1999). Plusieurs auteurs font état du caractère normé de l'abnégation de soi et de la douleur dans le contexte sportif de haut niveau (Proia & Morhain, 2006; Viaud, 2008). En effet, pour atteindre la forme physique désirée, les athlètes doivent prendre part à des entraînements rigoureux à travers lesquels ils sont amenés à tolérer des seuils d'inconfort et de douleur élevés. Selon Thompson et Sherman (1999), l'ascétisme pourrait rendre les athlètes de haut niveau plus à risque d'adopter des ACIAI et de développer un TCA. Toutefois, si les résultats de travaux qualitatifs et des recensions d'écrits suggèrent que l'ascétisme serait une caractéristique nécessaire au développement d'un athlète de haut niveau (Gould et al., 2002; Proia & Morhain, 2006; Viaud, 2008), aucune étude à notre connaissance n'a comparé de manière empirique les niveaux d'ascétisme retrouvés chez une population d'adolescentes athlètes à leurs homologues non-athlètes.

1.5.4 La conscience intéroceptive et la dysrégulation émotionnelle

La conscience intéroceptive est définie comme l'aptitude à identifier et à répondre efficacement à ses émotions et à ses états physiologiques internes comme la faim et la satiété (Bruch, 1962, 1977). Un déficit au plan intéroceptif peut se traduire par une crainte d'un

débordement affectif lié à de la détresse lorsque l'intensité des émotions est trop élevée ou hors de contrôle ainsi que par une confusion quant aux ressentis affectifs ou corporels (Garner, 2004). Une difficulté au plan intéroceptif amènerait les individus à se référer davantage à des indices et à des guides externes pour identifier leurs besoins corporels internes (Bruch, 1977). La régulation des émotions renvoie, quant à elle, aux processus intrinsèques et extrinsèques que les individus emploient pour influencer la nature, la durée, l'expression ou le ressenti des affects (Krauth-Gruber, 2009). La régulation émotionnelle peut être issue de processus automatiques ou contrôlés et s'applique à des émotions tant positives que négatives (Bariola, Gullone, & Hughes, 2011). Pour Garner (2004), la dysrégulation émotionnelle peut être associée à une instabilité de l'humeur, de l'impulsivité, une témérité insouciance, des élans colériques ainsi qu'une tendance à l'autodestruction.

La dysrégulation émotionnelle et le déficit intéroceptif chez les adolescentes souffrant d'un TCA est aujourd'hui corroborée par les résultats de travaux de plusieurs chercheurs (Bydlowski et al., 2005; Corcos et al., 2000; Garner & Garfinkel, 1981; Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007). Guessoum (2007) propose que les sensations recherchées à travers les crises de boulimie pourraient permettre de pallier un déficit des processus de régulation émotionnelle. En se substituant aux émotions, les sensations issues de ce type de comportement permettraient de masquer une angoisse sous-jacente. De plus, les individus souffrant de boulimie pourraient utiliser les comportements compensatoires afin de supprimer ou réguler des émotions négatives qui les submergent (Cooper, Wells, & Todd, 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Guilbaud et al., 2002). Il peut s'avérer également difficile pour eux de faire un lien entre leurs comportements et les déclencheurs émotionnels qui y sont

associés (Bydlowski, 2005). En ce sens, Bruch (1962) souligne la difficulté des personnes qui souffrent d'anorexie à reconnaître et à identifier leurs états physiologiques (fatigue, épuisement, etc.) et émotionnels, traduisant un déficit au plan intéroceptif. Elle relève également chez ces personnes une limite importante dans leur capacité à verbaliser leurs émotions et leurs besoins physiologiques, un peu comme si la communication entre l'adolescente et son corps était coupée (Bruch, 1962, 1977).

Dans le milieu sportif de haut niveau, la capacité de régulation émotionnelle des athlètes est considérée comme une variable déterminante de leur succès (Gould & Maynard, 2009; Lane, Beedies, Jones, Uphill, & Devonport, 2012). En effet, pour performer dans un tel contexte, l'athlète doit pouvoir composer avec ses émotions de manière à ce qu'elles n'interfèrent pas avec la tâche à accomplir. Il est aussi possible que le contexte sportif de haut niveau devienne une entrave à la conscience intéroceptive. Au cours de ses entraînements, l'athlète doit développer des standards élevés de forme physique qui peuvent l'amener à ignorer certains signaux de son corps tels que la douleur, la fatigue ou la faim (Viaud, 2008). De plus, plutôt que d'être à l'écoute de ses signaux internes de faim et de satiété, il est possible que l'athlète ait recours à des références externes (entraîneurs, nutritionniste spécialisé dans la performance athlétique, etc.) pour savoir quand s'alimenter et quelle quantité de nourritures manger.

En ce qui a trait aux travaux empiriques réalisés auprès d'échantillons d'athlètes, deux études portant sur le déficit intéroceptif ont été répertoriées et les résultats obtenus sont contradictoires. L'une d'entre elles suggère que les adolescentes athlètes présenteraient un

plus haut niveau de déficit intéroceptif que les non-athlètes (Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999), alors que l'autre ne rapporte pas de différence significative entre les groupes (Salbach et al., 2007). Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a été réalisée afin d'évaluer si les jeunes athlètes de haut niveau en sport esthétique se démarquent de manière significative des non-athlètes quant à leur niveau de régulation émotionnelle.

1.5.5 Le perfectionnisme

Le perfectionnisme est un trait de personnalité pouvant se définir comme la tendance à s'imposer des standards excessivement élevés de performance qui peut être accompagnée d'une évaluation critique de ses actions (Filaire et al., 2008; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Dans les études, le perfectionnisme a été conceptualisé de plusieurs façons. Tout d'abord, de manière unidimensionnelle par le biais d'outils de mesure donnant accès à un score général (Burns, 1980; Garner, 1991). Puis, de manière multidimensionnelle où plusieurs aspects du construit sont pris en compte (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). À cet effet, Hewitt et Flett (1991) ont proposé trois dimensions au perfectionnisme soit le perfectionnisme orienté vers soi, vers les autres ou socialement prescrit. Ces trois dimensions se distinguent principalement par l'objet sur lequel le comportement perfectionniste est dirigé et à qui le comportement perfectionnisme est attribué (Hewitt & Flett, 1991). Le perfectionnisme orienté vers soi se caractérise par l'établissement de normes rigoureuses pour soi-même ainsi que par une tendance à l'auto-évaluation et à la censure de son comportement. Selon les auteurs, cette dimension du perfectionnisme comprend également une composante motivationnelle notamment par la recherche de perfection et l'évitement de l'échec (Hewitt & Flett, 1991). Le perfectionnisme orienté vers les autres implique des attentes et des standards élevés dirigés

vers les autres (Hewitt & Flett, 1991). Enfin, le perfectionnisme socialement prescrit implique le besoin de répondre aux attentes et aux standards de l'entourage perçus comme étant élevés et/ou irréalistes. Dans cette dimension du perfectionnisme, l'origine de la pression ressentie est donc externe à l'individu (Hewitt et Flett, 1991). D'autres auteurs conceptualise le perfectionnisme selon deux facteurs principaux : 1) les préoccupations inadaptées envers l'évaluation de soi ou une tendance à l'autocritique (perfectionnisme inadapté ou neurotique); 2) la recherche de réussite (perfectionnisme positif ou adapté) (Bardone-Cone et al., 2007; Shafran & Mansell, 2001). Les individus qui entretiennent un niveau élevé de perfectionnisme centré sur l'autocritique auraient tendance à vouloir atteindre leur objectif afin d'éviter un résultat défavorable auquel peuvent être associées des émotions négatives (Terry-Short, Owens, Salade, & Dewey, 1995). Un haut niveau de perfectionnisme centré sur la réussite amènerait quant à lui les individus à rechercher le succès pour ses répercussions positives, notamment l'accomplissement de soi (Terry-Short et al., 1995). Ces personnes seraient également plus tolérantes face aux écarts perçus entre le résultat final et les objectifs fixés initialement. Selon Frost et Marten (1990), les mesures unidimensionnelles du perfectionnisme telle que celle contenue dans le *Eating Disorder Inventory-3* (Garner, 2004) sont composées d'items associés aux deux types de perfectionnisme. Ils précisent cependant que le score global obtenu serait étroitement lié au perfectionnisme marqué par l'autocritique.

La relation qui unit le perfectionnisme à l'adoption d'ACIAI ainsi qu'au développement et au maintien des TCA dans la population non athlétique est à ce jour bien documentée (Bardone-Cone et al., 2007; Shafran & Mansell, 2001; Terry-Short et al., 1995). Ainsi, la tendance à s'imposer des standards élevés et à être critique dans l'évaluation de soi

constituent des caractéristiques fréquemment rencontrées dans le portrait clinique des jeunes filles souffrant d'un TCA (APA, 2013; Stice, 2002). Considéré comme une qualité recherchée et valorisée dans le domaine sportif, le perfectionnisme a également fait l'objet de plusieurs travaux auprès des athlètes de haut niveau. Les résultats issus des études empiriques sont toutefois contradictoires. Certaines études suggèrent que les adolescentes athlètes évoluant dans une discipline de type esthétique seraient plus perfectionnistes que leurs homologues non athlètes (Thomas, Keel, & Heatherton, 2005), alors que d'autres ne trouvent pas de différence significative entre les deux populations (Francisco et al., 2013; Fulkerson et al., 1999; Salbach et al., 2007). Cependant, malgré le peu d'études réalisées, un certain consensus émerge en ce qui a trait au fait que le perfectionnisme (soit centré sur l'autocritique ou la réussite) serait associé à l'intensité des ACIAI adoptés par les athlètes (12 à 25 ans) pratiquant un sport esthétique à un haut niveau (Goodwin, Arcelus, Geach, & Meyer, 2014; Voelker et al., 2014).

1.6 Description des études

Dans cette introduction, le lien qui unit les caractéristiques corporelles de l'athlète à la performance sportive de haut niveau en sport esthétique a été discuté. Les défis particuliers associés au développement de l'adolescente dans un tel contexte ont aussi été abordés. Les ACIAI et les TCA ont par la suite fait l'objet d'une description générale avant d'être appliqués au contexte sportif de haut niveau. Au cours de cette introduction, nous avons également relevé l'hétérogénéité des résultats obtenus dans les études ayant comparé l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA chez les jeunes athlètes féminines pratiquant un sport esthétique à leurs homologues non-sportives. Cette divergence ne permet pas de tirer à ce jour des conclusions claires et valides quant au lien qui existe entre la pratique sportive et les

désordres alimentaires chez les adolescentes. Par ailleurs, notons qu'aucune donnée empirique n'est actuellement disponible relativement à la fréquence des désordres alimentaires chez les athlètes élités québécoises qui pratiquent un sport esthétique.

De plus, l'introduction a mis en lumière un recoupement possible entre certaines caractéristiques personnelles retrouvées dans le portrait de jeunes filles souffrant d'un TCA et celles recherchées dans le milieu athlétique de haut niveau pour la performance. Cependant, la divergence et le manque de données empiriques quant à la présence de ces caractéristiques personnelles chez la population athlétique et leur influence possible sur l'intensité de leur ACIAI restreignent notre compréhension actuelle.

Afin de pallier ces limites, l'objectif général de cette thèse vise à approfondir nos connaissances entourant la présence d'ACIAI et des TCA chez un groupe d'adolescentes athlètes québécoises de haut niveau en sport esthétique. Une attention particulière sera également portée à la présence de certaines caractéristiques personnelles et à leurs liens possibles avec l'intensité des ACIAI adoptés par les participantes. Pour ce faire, un échantillon constitué de deux groupes homogènes a été constitué, soit un groupe d'adolescentes athlètes et un groupe d'adolescentes non athlètes.

Afin de réaliser cet objectif, deux études ont été réalisées dans le cadre de cette thèse. Il est à noter que ces deux études ont été réalisées à partir du même échantillon composé d'adolescentes athlètes et non athlètes. L'objectif de la première étude est de comparer l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA évaluées chez les adolescentes athlètes

pratiquant un sport esthétique de haut niveau à celles mesurées chez un groupe de contrôle composé d'adolescentes non athlètes. Il est postulé que l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA seront plus élevées chez les athlètes que chez les non-athlètes.

La deuxième étude est structurée selon deux objectifs. Le premier consiste à comparer certaines caractéristiques personnelles chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à un groupe de contrôle composé d'adolescentes non athlètes. Les variables à l'étude sont l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), le perfectionnisme (P), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ) et le déficit intéroceptif (DI). Le second objectif, de nature plus exploratoire, est de décrire et comparer les caractéristiques personnelles, parmi celles à l'étude, qui sont associées aux ACIAI dans chacun des groupes.

2. Premier article

Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlète pratiquant un sport esthétique et un groupe contrôle

M-È. K, Turgeon, D, Meilleur, S. Blondin

Département de psychologie, Université de Montréal
C.P 6128, succ. Centre-ville
Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7

Objectif spécifique de cet article : Comparer l'intensité des attitudes et des comportements alimentaires inappropriés et la prévalence des troubles des conduites alimentaires évaluées chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à celles retrouvées chez un groupe d'adolescentes pratiquant peu ou pas d'activité physique.

Publié dans : *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2015; 63(3), 175-182.

Contributions des auteurs

Marie-Ève Turgeon : Élaboration théorique du projet d'étude, conception du protocole, recrutement des participantes, collecte et entrée de données, analyses statistiques et rédaction du manuscrit.

Dominique Meilleur : Support à l'élaboration théorique du projet d'étude, encadrement lors de la rédaction et correction du manuscrit.

Soline Blondin : Support à l'élaboration théorique du projet d'étude et aux analyses statistiques.

Résumé

But : L'objectif de cette étude est de comparer l'intensité des attitudes et des comportements alimentaires inappropriés (ACAI) et la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) évaluées chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau (nage synchronisée, patinage artistique, ballet) à celles retrouvées chez un groupe d'adolescentes pratiquant peu ou pas d'activité physique.

Méthode : L'échantillon est constitué de 145 adolescentes âgées de 12 à 19 ans, soit 52 athlètes et 93 non-athlètes. L'intensité des ACAI et la prévalence des TCA sont mesurées à l'aide du Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) et du Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3).

Résultats : Selon les résultats obtenus, il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui a trait à l'intensité des ACAI et à la prévalence des TCA.

Conclusions : Les résultats suggèrent que le groupe d'adolescentes athlètes évaluées ne présente pas plus d'ACAI que les adolescentes du groupe contrôle. Les données suggèrent que les athlètes de l'échantillon ne sont pas plus à risque de développer un TCA que les jeunes filles pratiquant peu ou pas d'activité physique. Des hypothèses sont soulevées pour expliquer les résultats obtenus et des questionnements sont formulés quant à la validité des outils de mesure utilisés pour évaluer les ACAI et les TCA chez les jeunes athlètes.

Mots clés: troubles de la conduite alimentaire, adolescence, athlètes féminines, sports esthétiques

Absract

Objective : The objective of this study is to compare the intensity of inappropriate eating behaviors and attitudes (IEBA) and the prevalence of eating disorders (ED) found in adolescent athletes practicing aesthetic elite sport (synchronized swimming, figure skating, ballet) to those found in adolescent practicing some or none physical activity.

Methods : The sample consisted of 145 female adolescents aged 12 to 19 years, 52 athletes and 93 non-athletes. The intensity of IEBA and prevalence of ED are measured using the Eating Disorder Examination Questionnaire and the Eating Disorder Inventory-3.

Results : The results indicate that there's no significant difference between the groups in regard to the intensity of IEBA and the prevalence of ED.

Conclusion : The results show that the group of adolescents athletes evaluated has no more IEBA than adolescents in the control group. These data suggest that the athletes of the sample are no more at risk to develop ED than girls practicing some or none physical activity. Hypotheses are formulated to explain the results obtained in the study. Questions are raised about the validity of measurement tools used for the evaluation of IEBA and ED in young athletes.

Key words : eating disorders, adolescents, feminine athletes, aesthetic sports

Introduction

Les adolescentes constituent l'une des populations les plus à risque de développer un trouble de la conduite alimentaire (TCA) soit l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (Keel & Forney, 2013). La prévalence à vie des TCA chez les femmes varie entre 0,5 % et 3 % selon le trouble (APA, 2004); leur incidence atteindrait 5 % chez les adolescentes (1998). Ce phénomène est d'autant plus inquiétant lorsque l'on considère la proportion de jeunes filles qui adopte des attitudes et des comportements alimentaires inappropriés (ACAI) afin de pallier l'insatisfaction face à leur poids ou leur image corporelle. Les restrictions alimentaires, les diètes, les préoccupations pour le poids ou l'apparence physique, l'activité physique intensive visant la perte de poids, la prise de laxatifs et les vomissements provoqués constituent quelques exemples d'ACAI dont la fréquence et le niveau de sévérité peuvent varier. Sans être associé directement à un diagnostic clinique de trouble alimentaire répertorié dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV TR ou le DSM-V), les ACAI sont aujourd'hui reconnue comme des facteurs de risque importants au développement d'un TCA (Fairburn, Cooper, Doll, & Davies, 2005). En ce sens, plusieurs auteurs conceptualisent les désordres alimentaires sur des continuums où les formes les plus sévères, qui se trouvent à un pôle du continuum, correspondent aux diagnostics cliniques de troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie (Johnson, 1994; Leung, Geller, & Katzman, 1996). Les pôles opposés seraient quant à eux constitués des comportements alimentaires jugés adéquats. Entre les deux extrêmes de ces continuums se trouvent des zones sous-cliniques caractérisées par les ACAI (Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2008).

Selon Croll, Neumark, Story et Ireland (2002), plus de 50 % des adolescentes développe des ACAI dans le but de contrôler ou modifier leur poids ou leur apparence corporelle. La vulnérabilité particulière des adolescentes face aux ACAI pourrait être associée aux enjeux développementaux spécifiques à cette période de la vie. Les transformations physiques, la comparaison avec les pairs et le remaniement identitaire qui caractérisent l'adolescence constitueraient un contexte fertile au développement d'une insatisfaction de leur image corporelle (Grogan, 2008). En effet, le bouleversement hormonal, qui permet le passage d'un corps enfant vers celui de femme adulte, oblige les adolescentes à adapter leur schéma corporel aux modifications physiques majeures qui s'opèrent au cours de la puberté (Grogan, 2008). Ces transformations surviennent dans un contexte où les pressions culturelles associées à l'image corporelle idéalisée de la minceur chez la femme sont véhiculées à travers des modèles souvent irréalistes et malsains (Lopez-Guimera, Levine, Sanchez-Carracedo, & Fauquet, 2010). Ainsi, l'arrivée des menstruations, l'accroissement de la taille et du poids corporel et l'augmentation de l'adiposité de certaines zones du corps, telles que les hanches et les seins, peuvent susciter des réactions ambivalentes chez les adolescentes et mener certaines d'entre elles à vouloir contrôler ou modifier leur poids ou la forme de leur corps en développant des attitudes et comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation (Smolak, 2011).

Certains environnements spécifiques, notamment ceux liés à la pratique d'un sport esthétique, sont aujourd'hui considérés par certains comme des milieux propices au développement des TCA chez les femmes en raison de la relation qui unit les caractéristiques corporelles (p. ex., l'endurance, le poids, la force, la vitesse, la minceur) au succès athlétique

(Rodriguez, DiMarco, & Langley, 2009). Le patinage artistique, la nage synchronisée, la danse et la gymnastique constituent quelques exemples de sports « esthétiques » parmi lesquels l'apparence de la silhouette ou de la forme corporelle peut avoir un impact sur la qualité de la performance. Dans ce type de sport, le résultat obtenu par l'athlète peut être influencé par la subjectivité des juges, et ce, contrairement à la plupart des disciplines où celui-ci est objectivement évalué. Dans un tel contexte, Petrie et Greenleaf (2007) soutiennent que de fortes pressions peuvent s'exercer sur les athlètes féminines afin qu'elles développent les caractéristiques corporelles qui leur permettront d'atteindre les standards de réussite souhaités. La pratique d'un sport esthétique est également caractérisée par le port d'un uniforme qui révèle généralement le corps de l'athlète et qui peut devenir un objet de préoccupations et de comparaisons sociales importantes pour celle-ci (Krane, Choi, Baird, Aimar, & Kauer, 2004). Cette exposition du corps peut représenter une pression supplémentaire pour atteindre les caractéristiques corporelles idéales, telles que la minceur et un faible poids, prescrites par la discipline (Toro et al., 2005). Par ailleurs, les changements corporels rapides à l'adolescence peuvent avoir un impact important sur la performance athlétique dans les sports esthétiques en raison du gain de poids potentiel associé à la puberté (Martinsen, Bratland-Sanda, Eriksson, & Sundgot-Borgen, 2010). Ainsi, le développement des caractéristiques sexuelles secondaires liées à la maturation physique normale peut être perçu par les jeunes athlètes comme un obstacle à leur réussite et être à l'origine d'affects négatifs et de préoccupations envers l'image corporelle qui peuvent mener au développement d'ACAI (Torstveit & Sundgot-Borgen, 2005).

Considérant la présence de facteurs de risque potentiels chez les athlètes féminines, des équipes de recherche d'origines diverses ont entrepris d'investiguer la nature de la relation qui

unit la pratique des sports esthétiques aux désordres alimentaires² chez ces dernières. Un nombre important d'études a été réalisé ces dernières années auprès de groupes de femmes athlètes dont les résultats contradictoires limitent notre compréhension actuelle de la problématique. Certaines particularités méthodologiques ont été soulevées pour expliquer le manque de consensus dans les résultats. L'hétérogénéité des échantillons constitue l'une des principales critiques signalées qui limitent l'interprétation et la généralisation des résultats (de Oliveira Coelho, de Abreu Soares, & Ribeiro, 2010; Lanfranchi, Maïano, Morin, & Therme, 2014). Par exemple, les échantillons peuvent être composés d'athlètes pratiquant différents types de sports à des niveaux souvent mal documentés en plus d'être sous-représentés par l'élite des disciplines (Martinsen et al., 2010). En effet, le recrutement d'athlètes de niveau national et international pour participer à une recherche peut être difficile en raison de leur nombre restreint, mais aussi de leur emploi du temps chargé et de leur accessibilité limitée (p.ex. compétitions et sites d'entraînement à l'étranger, encadrement des fédérations sportives). L'hétérogénéité se reflète également dans l'étendue d'âges des participants composant les échantillons de grande taille qui peuvent varier entre 15 et 60 ans. Étant donné les changements cruciaux qui s'opèrent à l'adolescence tant au niveau psychologique que physiologique, la prudence s'impose quant à la généralisation des résultats obtenus auprès d'échantillons composés d'adultes à une population adolescente.

À ce jour, peu d'études ont été réalisées à partir d'échantillons homogènes d'adolescentes pratiquant un sport esthétique à un niveau élite et les résultats des quelques recherches effectuées sont contradictoires. En effet, dans les études dont les participantes sont

² Dans cet article, les désordres alimentaires renvoient aux attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI) ou aux troubles des conduites alimentaires (TCA).

âgées en moyenne entre 11 et 19 ans, certains résultats suggèrent que les jeunes filles qui pratiquent un sport esthétique à un haut niveau seraient plus à risque de développer un désordre alimentaire que les adolescentes non athlètes (Ferrand, Champely, & Filaire, 2009; Francisco, Narciso, & Alarcao, 2013; Krentz & Warschburger, 2011), alors que les résultats d'autres études ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes (Ferrand, Magnan, & Philippe, 2005; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007). Une étude rapporte même des prévalences plus élevées de désordres alimentaires chez les adolescentes qui font peu d'activité physique comparativement à des athlètes du même âge, suggérant que la pratique d'un sport esthétique à un niveau élite pourrait être un facteur de protection (Martinsen et al., 2010). Les divergences de résultats obtenus aux différentes études pourraient être en partie imputables à l'utilisation de questionnaires non standardisés et la taille des échantillons qui limite la puissance statistique des résultats (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

L'hétérogénéité des résultats obtenus dans les différentes études ne permet pas de tirer des conclusions claires et valides quant au lien qui existe entre la pratique sportive et les désordres alimentaires chez les adolescentes. La présente étude tentera de pallier les limites actuelles observées dans la littérature sur le sujet puisqu'elle s'intéresse à un groupe d'athlètes homogène et utilise des questionnaires standardisés et validés qui favoriseront l'interprétation des résultats. Ainsi, l'objectif de cette étude est de comparer l'intensité des attitudes et des comportements alimentaires inappropriés (ACAI) et la prévalence des troubles des conduites alimentaires (TCA) évaluées chez les adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à celles mesurées chez un groupe contrôle composé d'adolescentes pratiquant peu

ou pas d'activité physique. Il est postulé que l'intensité des ACAI et la prévalence des TCA seront plus élevées chez les athlètes que chez les non-athlètes.

Méthode

Participants

Deux groupes de participantes adolescentes ont été constitués. Afin de faire partie du groupe d'athlètes, les participantes devaient évoluer à un niveau élevé dans une discipline sportive de type esthétique. Dans cette étude, une athlète est considérée de haut niveau lorsqu'elle respecte les deux critères suivants : 1) prendre part à des compétitions de niveau provincial, national ou international et/ou participer à un programme de sport-étude dans un établissement scolaire provincial; 2) s'entraîner un minimum de douze heures par semaine en saison régulière³. Le groupe d'athlètes est constitué de 52 adolescentes âgées de 12 à 19 ans pratiquant un sport esthétique soit le patinage artistique (n=12), la nage synchronisée (n=31) ou le ballet classique (n=9). En ce qui a trait aux critères de sélection des participantes du groupe contrôle, elles étaient considérées comme non-athlètes si elles faisaient moins de 4 heures par semaine d'activité physique dans un cadre organisé ou non et qu'elles ne pratiquaient pas un sport de type esthétique. Le groupe contrôle est constitué de 93 adolescentes âgées de 12 à 19 ans.

Procédures

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal. Les fédérations sportives de patinage

³ Le terme « saison régulière » fait référence aux mois pendant lesquels l'athlète s'entraîne de manière continue. Il exclut donc les périodes de repos et/ou de vacances.

artistique et de nage synchronisée ont été rencontrées et ont accepté de collaborer à cette recherche en nous donnant accès aux athlètes. Les athlètes ont été rencontrées à leur site d'entraînement sans la présence de l'entraîneur afin d'éviter d'induire une pression quant à leur participation. Les participantes du groupe contrôle ont été recrutées dans quatre écoles secondaires québécoise ayant accepté des participer à l'étude, soit deux écoles publiques et deux privées. L'objectif de l'étude (soit de mieux connaître les attitudes et comportements des adolescentes face à l'alimentation, au poids et l'image corporelle) a été présenté à toutes les participantes athlètes et contrôles. Un formulaire d'informations et de consentement leur a été remis et devait être signé avant de recevoir le questionnaire de recherche. Pour les adolescentes âgées de moins de 18 ans, le consentement parental signé était aussi exigé. Une fois les formulaires de consentement signés reçus, le questionnaire de recherche accompagné d'une enveloppe était remis aux participantes avec la consigne de le compléter et, une fois terminé, de le mettre dans l'enveloppe et de sceller celle-ci. Les enveloppes ont été récupérées par la chercheure principale de l'étude selon diverses modalités : remise à une date fixée, récupération par l'intermédiaire d'un professeur dans les écoles participantes.

Mesures

Le questionnaire auto-rapporté distribué aux participantes est composé de trois parties. La première regroupe des questions relatives aux caractéristiques personnelles et physiologiques des adolescentes comme l'âge, le poids, la taille et l'origine ethnique ainsi que des questions portant sur la pratique d'activité physique.

La deuxième partie du questionnaire est la version française du *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q, 26)*. Cet outil permet d'évaluer la présence de TCA au sein de la population générale (Fairburn & Beglin, 2008). Il comprend 28 questions réparties en deux sections générant des types de réponses différentes. La première section du questionnaire est composée de 22 items se divisant en quatre sous-échelles correspondant aux ACAI: 1) Restriction; 2) Préoccupation pour la nourriture; 3) Préoccupation pour la silhouette; 4) Préoccupation pour le poids. Deux échelles en sept points (« aucune journée » - « tous les jours »; « pas du tout » - « beaucoup ») permettent aux participantes d'inscrire la fréquence et l'intensité avec lesquelles elles adoptent ces attitudes et comportements inappropriés au cours des quatre dernières semaines. Le score total d'une sous-échelle est obtenu en effectuant la moyenne des points. Il est également possible d'obtenir un score global pour la première section en effectuant la moyenne des scores des quatre sous-échelles. Il est à noter qu'un score (global ou aux sous-échelles) supérieur ou égal à 4 est considéré comme cliniquement significatif et suggère un diagnostic de TCA chez la participante (Carter, Stewart, & Fairburn, 2001). La deuxième section du EDE-Q est composée de 6 items pour lesquels la participante doit inscrire la fréquence d'apparition d'ACAI spécifiques (au cours des 28 derniers jours) tels que les vomissements provoqués, l'utilisation de laxatif et l'exercice physique excessif⁴. La version francophone du EDE-Q utilisée dans le cadre de cette recherche a été réalisée par un processus de traduction à rebours. Les alphas de Cronbach ont été calculés pour l'échelle globale ($\alpha = 0,93$), et les sous-échelles du questionnaire soit Restriction ($\alpha = 0,84$), Préoccupation pour la nourriture ($\alpha = 0,73$), Préoccupation pour la silhouette ($\alpha = 0,93$), et

⁴ L'exercice physique excessif est défini comme l'exercice physique effectué d'une façon déterminée ou compulsive afin de contrôler son poids, la forme ou la quantité de gras de son corps, ou afin de brûler des calories.

Préoccupation pour le poids ($\alpha = 0,88$). Ces données sont similaires à celles que l'on retrouve dans les écrits (Luce & Crowther, 1999).

La troisième partie du questionnaire est composée de la version française du *Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3)*, un questionnaire auto-rapporté qui évalue les caractéristiques psychosociales associées aux troubles alimentaires (Clausen, Rosenvinge, Friborg, & Rokkedal, 2011). Pour les besoins de cette étude, seules les échelles Recherche de minceur (7 items), Boulimie (8 items) et Insatisfaction corporelle (10 items) ont été utilisées. Une échelle de type Likert graduée en 6 points (allant de « toujours » à « jamais ») permet aux participantes d'indiquer jusqu'à quel point l'énoncé présenté s'applique à elle. Les scores obtenus pour chaque échelle sont indépendants et aucun score global n'est calculé. La version francophone du EDI-3 utilisée dans le cadre de cette recherche a été réalisée par un processus de traduction à rebours. Les alphas de Cronbach obtenus pour les échelles Recherche de minceur ($\alpha = 0,90$), Boulimie ($\alpha = 0,68$) et Insatisfaction corporelle ($\alpha = 0,89$) sont satisfaisants ce qui témoignent de la bonne fidélité de l'instrument. De plus, la nature interprétable des résultats a été vérifiée et confirmée à l'aide des échelles de validité de l'instrument qui mesurent notamment le niveau d'inconsistance et de rareté des scores des participants.

Analyses

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 21). Des tests *t* pour échantillons indépendants ont été réalisés afin de comparer les moyennes d'âge et d'IMC entre les athlètes et non-athlètes. Les moyennes obtenues aux trois échelles du EDI-3 ont été

comparées à l'aide d'une analyse de variance multivariée (MANOVA). Des tests de khi-carré de Pearson ou des tests exacts de Fisher (lorsque les fréquences attendues sont inférieures à cinq) ont été utilisés pour comparer la prévalence de TCA (score supérieur ou égal à 4 aux différentes échelles du EDE-Q) et la présence d'ACAI spécifiques soit les vomissements provoqués, les laxatifs ou les diurétiques et l'exercice physique excessif. L'ensemble de ces analyses a été effectué avec un seuil de signification de $p < 0,01$. Considérant les risques de multicollinéarité en raison des corrélations très élevées entre les sous-échelles du EDE-Q, cinq tests t pour échantillons indépendants ont été réalisés afin de comparer les moyennes entre les groupes. Une correction de Bonferroni a été appliquée pour contrôler l'inflation des probabilités de commettre une erreur de type 1. Le seuil de signification a donc été ajusté à $p < 0,01$ spécifiquement pour ces analyses.

Résultats

Caractéristiques des participantes

En moyenne, les athlètes de l'échantillon sont âgées de 15,92 ans ($\hat{E}-T = 1,64$) et possèdent un IMC moyen de 19,63 ($\hat{E}-T = 2,44$) les situant entre le 25^e et 50^e percentile. Le tableau I rapporte le nombre d'heures d'entraînement par semaine ainsi que les niveaux de compétition auxquels participent les athlètes de l'échantillon. Les athlètes s'entraînent un minimum de 12 heures par semaine et 75% d'entre elles font plus de 20 heures par semaine. Plus de 70% des participantes de ce groupe prennent part à des compétitions de niveau national. En moyenne, les participantes ont débuté leur sport à l'âge de 7 ans et elles le pratiquent depuis plus de 8 ans. Plus de 95% des participantes de ce groupe sont caucasiennes. Quant au niveau de scolarité, 13,72% des athlètes sont en secondaire un ou deux, 66,67% sont

de niveau secondaire trois à cinq et 19,60% fréquentent un cégep ou une université. Les participantes du groupe contrôle sont âgées en moyenne de 15,46 ans ($\bar{E}-T = 1,42$) et possède un IMC moyen de 20,36 ($\bar{E}-T = 3,28$) ce qui les situe entre le 50^e et 75^e percentile. En ce qui a trait au niveau de scolarité, 31,87% des participantes de ce groupe sont en secondaire un ou deux et 68,13% d'entre elles sont de niveau secondaire trois à cinq. Les origines ethniques des participantes du groupe contrôle sont principalement caucasiennes (66,3%), asiatiques (21,74%), hispaniques (2,17%) et africaines (2,17%).

Tableau I. Nombre d'heures d'entraînement par semaine et niveaux de compétition auxquels participent les participantes du groupe d'athlètes (n = 52)

| Nombre d'heures d'entraînement | n (%) | Niveaux de compétition | n (%) |
|--------------------------------|------------|------------------------|------------|
| 12 à 16 heures | 7 (13,46) | Provincial | 39 (75,00) |
| 16 à 20 heures | 6 (11,54) | National | 37 (71,15) |
| 20 à 30 heures | 32 (61,58) | International | 21 (40,38) |
| 30 heures et plus | 7 (13,46) | | |

^a Les athlètes peuvent prendre part à des compétitions de différents niveaux. Le pourcentage d'athlètes évoluant à chaque niveau de compétition a donc été calculé en fonction du nombre total de participants dans le groupe (n = 52).

Les résultats issus des tests t pour échantillons indépendants (bilatéraux) suggèrent que la moyenne d'âge des athlètes et celle du groupe contrôle ne sont pas significativement différentes l'une de l'autre ($t(140) = -1,75$; n.s). De plus, même si elle est légèrement plus élevée, la moyenne des IMC des participantes non athlètes n'est pas significativement différente de l'IMC moyen évalué dans le groupe athlètes ($t(127) = 1,35$; n.s.).

Attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI) et trouble des conduites alimentaires (TCA)

Le Tableau II recense les moyennes et les écarts-types obtenus aux trois échelles du EDI-3.

Tableau II. Moyennes et écarts-type obtenus aux échelles du EDI-3 selon le groupe

| | Contrôle | | | Athlète | | |
|---------------------------|----------|-------|------|---------|-------|-------|
| | n | M | É-T | n | M | É-T |
| Recherche de minceur | 93 | 5,95 | 6,85 | 52 | 6,98 | 7,73 |
| Boulimie | 93 | 2,46 | 3,32 | 51 | 3,22 | 4,17 |
| Insatisfaction corporelle | 93 | 11,83 | 9,58 | 52 | 11,50 | 10,77 |

Afin de comparer les moyennes obtenues entre le groupe d'athlètes et de non-athlètes, une MANOVA a été effectuée en utilisant la trace de Hotelling-Lawley comme test statistique. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur la combinaison linéaire des variables dépendantes soit Recherche de minceur, Boulimie et Insatisfaction corporelle ($T = 0,018$, $F(3, 140) = 0,86$; n.s.). L'intensité des ACAI chez les deux groupes a également été comparée à l'aide des sous-échelles de l'EDE-Q (Restriction, Préoccupation pour la nourriture, Préoccupation pour le poids, Préoccupation pour la silhouette, Score global). Le Tableau III rapporte les moyennes, les écarts-types ainsi que les résultats obtenus aux tests t (bilatéraux). Considérant qu'une correction de Bonferroni a été appliquée, les données doivent être analysées en utilisant un seuil de signification de $p < 0,01$. Les statistiques descriptives indiquent que les athlètes obtiennent des scores moyens plus élevés aux sous échelles Restriction, Préoccupation pour le poids et la nourriture ainsi qu'au Score global. Les résultats suggèrent néanmoins que les athlètes et les non-athlètes de

l'échantillon ne se distinguent pas de manière significative quant aux moyennes obtenues aux différentes sous-échelles du EDE-Q.

Tableau III. Moyennes et écarts-type obtenus aux sous échelle du EDE-Q selon le groupe et résultats des tests t

| | Contrôle | | Athlète | | <i>t</i> (dl) | <i>p</i> ^a |
|----------------------------------|----------|------|---------|------|---------------|-----------------------|
| | M | É-T | M | É-T | | |
| Restriction | 0,90 | 1,32 | 1,15 | 1,36 | -1,10 (143) | 0,27 |
| Préoccupation pour la nourriture | 0,73 | 0,94 | 0,84 | 1,00 | -0,66 (143) | 0,51 |
| Préoccupation pour la silhouette | 1,76 | 1,61 | 1,75 | 1,62 | 0,02 (143) | 0,99 |
| Préoccupation pour le poids | 1,44 | 1,57 | 1,66 | 1,53 | -0,80 (143) | 0,42 |
| Score global | 1,21 | 1,27 | 1,35 | 1,26 | -0,66 (143) | 0,51 |

^a Le seuil de signification est fixé à $p < 0,01$.

De manière plus spécifique, les pourcentages d'athlètes et de non-athlètes qui ont utilisé les vomissements provoqués, les laxatifs ou l'exercice physique déterminé ou compulsif au cours des 28 jours avant la complétion du questionnaire sont présentés dans le Tableau IV. Ces données ont été recueillies à l'aide de la deuxième section du EDE-Q. Les statistiques descriptives révèlent qu'à travers les trois comportements, l'exercice physique excessif est utilisé de manière privilégiée à la fois par les athlètes et les non-athlètes afin de contrôler leur poids ou la forme de leur corps. Cependant, les résultats des tests exacts de Fisher et des tests de Khi-carré de Pearson démontrent que les deux groupes ne se distinguent pas de manière significative quant à l'utilisation de l'exercice physique excessif (45% vs 39,8%, $X^2(1) = 0,38$; n.s.), des vomissements provoqués (7,84% vs 3,20%, n.s) et des laxatifs (5,40% vs 3,92%, n.s.). Sans être significativement différents, les pourcentages élevés de participante dans

chacun des groupes qui utilisent l'un ou l'autre des comportements alimentaires inappropriés étudiés sont préoccupants.

Tableau IV. Pourcentages d'athlètes et de non-athlètes ayant adopté chacun des comportements alimentaires inappropriés

| | Contrôle | | Athlète | | N (%) | N (total) |
|----------------------------|------------|----|------------|----|------------|-----------|
| | n (%) | n | n (%) | n | | |
| Exercice physique excessif | 35 (39,80) | 88 | 23 (45,01) | 51 | 72 (51,80) | 139 |
| Laxatif | 5 (5,4) | 93 | 2 (3,92) | 51 | 7 (4,86) | 144 |
| Vomissement provoqué | 3 (3,20) | 93 | 4 (7,84) | 51 | 7 (4,86) | 144 |

La prévalence des TCA a été mesurée en comptabilisant les participantes de chaque groupe qui ont obtenu une moyenne supérieure ou égale à quatre au Score global du EDE-Q. Ainsi, quatre participantes du groupe contrôle (4.30 %) et deux athlètes (3.85 %) ont obtenu un score cliniquement significatif suggérant la présence d'un TCA. La différence entre les deux groupes n'est toutefois pas significative. Le tableau V rapporte les pourcentages de participantes de chaque groupe ayant obtenu un score cliniquement significatif pour chaque échelle du EDE-Q. À l'image du Score global, les participantes des deux groupes ne diffèrent pas de manière significative quant à leur proportion de scores supérieures ou égales à quatre pour chacune des sous échelles.

Tableau V. Pourcentages des participants de chaque groupe ayant obtenu un résultat cliniquement significatif aux différentes échelles du EDE-Q

| | Contrôle (n=93) | | Athlète (n=52) | |
|----------------------------------|-----------------|------------|----------------|------------|
| | ≥4 (%) | <4 (%) | ≥4 (%) | <4 (%) |
| Restriction | 6 (6,5) | 87 (93.55) | 2 (3.85) | 50 (96.15) |
| Préoccupation pour la nourriture | 0 (0) | 93 (100) | 1 (1.92) | 51 (98.08) |
| Préoccupation pour la silhouette | 12 (12.90) | 81 (87.1) | 7 (13.46) | 45 (86.54) |
| Préoccupation pour le poids | 11 (11.80) | 82 (88.17) | 7 (13.46) | 45 (86.54) |
| Score global | 4 (4.30) | 89 (95.7) | 2 (3.85) | 50 (96.15) |

Discussion

Le but de cette étude était de comparer l'intensité des ACAI et la prévalence des TCA mesurées chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau et chez un groupe contrôle composé d'adolescentes non athlètes. Les deux groupes se sont révélés similaires quant à leurs moyennes d'âge et d'IMC. Contrairement à l'hypothèse initialement énoncée, les résultats obtenus indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescentes athlètes et les adolescentes du groupe contrôle quant à l'intensité des ACAI et à la prévalence de TCA. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans deux études réalisées auprès d'adolescentes pratiquant un sport esthétique à un niveau élite ayant utilisé le EDI-2 (Salbach et al., 2007) ou le Eating Attitude Test (EAT-26; Ferrand et al., 2005). Ainsi, même si elles doivent composer avec les demandes spécifiques de leur sport quant à l'idéal corporel associé à la performance dans leur discipline et les défis inhérents de

l'adolescence, les jeunes athlètes de l'échantillon ne rapportent pas plus d'ACAI et ne présentent pas plus de TCA que les participantes non sportives.

À la lumière de ces résultats, plusieurs hypothèses explicatives peuvent être avancées. Les environnements sportifs québécois de haut niveau représentés dans l'étude soit le patinage artistique, la nage synchronisée et la danse représentent peut-être des milieux qui valorisent la performance athlétique sans toutefois mettre de pression quant à l'atteinte d'un poids spécifique ou d'une silhouette idéale. Il est également possible que les athlètes féminines évoluant à un haut niveau soient davantage encadrées et informées sur les risques des troubles alimentaires que les athlètes débutantes, les non-athlètes et les jeunes qui pratiquent une activité physique de manière récréative. Ce faisant, elles seraient moins susceptibles d'adopter des conduites pouvant avoir des conséquences négatives à la fois sur leur performance et leur santé. En ce sens, il est possible que l'apport énergétique nécessaire à la réalisation de performance sportive de haut niveau influence, de manière positive, l'intensité et la nature des attitudes et des comportements alimentaires inappropriés (ACAI) observés chez les athlètes (Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner, & Strauss, 2009). En effet, pour performer de manière optimale, l'athlète a besoin de maintenir un équilibre entre deux éléments : les besoins énergétiques et musculaires de son corps indispensables à la réalisation de la tâche demandée et les caractéristiques corporelles (poids corporel, silhouette mince) idéales. La nécessité d'atteindre et de maintenir cet équilibre a peut-être permis aux athlètes de l'échantillon d'entretenir un niveau élevé d'ACAI sans toutefois développer un TCA qui, par ses conséquences sur la santé, serait incompatible avec la quête des performances désirées. De plus, considérant l'âge des athlètes de notre échantillon, il est possible qu'elles fassent l'objet

d'une supervision plus étroite de la part de leurs parents et de leur entraîneur quant à leurs habitudes de vie, et ce, contrairement aux athlètes d'âge adulte. Les résultats de notre étude vont dans le même sens que l'hypothèse soulevée par Toro et al. (2009) qui suggère qu'en raison de l'encadrement serré qu'ils offrent aux jeunes athlètes, notamment à travers une supervision médicale systématique, certains milieux sportifs de haut niveau constituent des milieux protecteurs face au développement des TCA. Par ses impératifs de performance, la pratique d'un sport à un haut niveau pourrait donc offrir un cadre auquel la jeune sportive peut se référer afin de réguler son alimentation et son activité physique. On peut toutefois se questionner sur le devenir de ces jeunes femmes lorsque la carrière athlétique prend fin et que l'encadrement dont elles faisaient l'objet s'assouplit ou disparaît.

L'absence de différences significatives entre les deux groupes pourrait également être expliquée par les limites de cette étude. Ainsi, malgré les mesures mises en place pour assurer la confidentialité des participantes, la participation à cette recherche impliquait l'obtention d'un consentement parental pour les jeunes filles âgées de moins de 18 ans. Les participantes présentant des désordres alimentaires cliniques ou un niveau d'ACAI plus élevé se sont peut-être abstenues de participer à l'étude soit de manière à éviter le sujet de conversation avec leurs parents, soit de peur d'être identifiées ou que leurs résultats aient un impact sur la pratique de leur sport. Par ailleurs, malgré les avantages importants associés à l'homogénéité de l'échantillon et au niveau élevé de compétition représenté par les participantes, la petite taille du groupe athlète a pu limiter la puissance statistique des analyses utilisées diminuant ainsi les probabilités de détecter une différence entre les deux groupes de participantes. De plus, il faut rappeler que l'échantillon de notre étude diffère, de ceux d'études comparatives,

par l'absence d'athlètes de d'autres disciplines esthétiques, notamment la gymnastique. Ce sport est représenté dans les trois études réalisées auprès de participantes adolescentes qui suggèrent que les athlètes élités seraient plus à risque de développer des ACAI et un TCA que les adolescentes non athlètes. En ce qui a trait aux instruments de mesure, l'emploi des versions francophones non validées du EDE-Q et du EDI-3 constitue une limite à cette étude. De plus, malgré le fait qu'il s'agisse du seul questionnaire standardisé disponible pour l'évaluation diagnostique des TCA, Couturier et Lock (2006) avancent que les résultats au EDE-Q chez des populations adolescentes ne seraient pas en mesure de refléter l'intensité réelle du désordre alimentaire. Les résultats d'une étude réalisée par Fisher, Schneider, Burns, Symon et Mandel (2001) suggèrent que les adolescents souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie auraient davantage tendance à nier les symptômes associés à leur trouble que les adultes qui présentent ces problèmes. Cette tendance pourrait se transposer chez les adolescentes souffrant d'anorexie par des résultats non cliniquement significatifs (< 4) au EDE-Q. Le fait que l'échantillon de notre étude soit composé exclusivement d'adolescentes pourrait peut-être contribuer à expliquer les faibles moyennes obtenues aux différentes échelles du EDE-Q, et ce, particulièrement chez les athlètes. En effet, il est possible que la dimension égosyntone des TCA soit renforcée par l'environnement sportif en raison de la banalisation et de la normalisation possible des ACAI dans ce contexte particulier. Les athlètes de haut niveau et leur entourage pourraient donc interpréter les restrictions alimentaires ou l'exercice physique excessif comme une marque d'engagement dans le sport masquant ainsi le trouble alimentaire et influençant la manière de répondre aux questionnaires.

Il est important de prendre en compte que cette étude a été réalisée en utilisant la conceptualisation des TCA proposée par le DSM-IV-TR. Le réaménagement récent de certains critères diagnostiques pour l'anorexie et la boulimie et l'ajout de nouvelles entités diagnostiques (hyperphagie) proposés par le DSM-5 modifiera peut-être les résultats des études futures. Au-delà du diagnostic, il est essentiel que la recherche se poursuive dans le domaine afin d'améliorer notre compréhension des conséquences tant positives que négatives de la pratique sportive de haut niveau sur les comportements alimentaires, mais également sur les trajectoires développementales des jeunes. Par exemple, la réalisation d'études longitudinales permettrait de mieux comprendre l'impact de la retraite du sport sur les attitudes et les comportements alimentaires des jeunes athlètes après l'arrêt de la pratique sportive. Il serait également pertinent de reproduire cette étude auprès de plus grands échantillons similaires afin de renforcer la validité des résultats obtenus. Une attention particulière pourrait être portée à la présence possible dans les sports esthétiques de sous-catégories de disciplines qui, par leurs caractéristiques singulières, se démarqueraient du groupe et pourraient expliquer la diversité des résultats obtenus à travers les études. Considérant les limites associées à l'utilisation du EDE-Q auprès des adolescentes, le développement et la validation d'outils adaptés spécifiquement aux particularités de cette population est souhaitable.

Conflit d'intérêt : aucun.

Références

- Abusabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health related behavior. *Journal of American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16(1), 88-92.
- Anderson, C., & Petrie, T. A. (2012). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among NCAA Division 1 female collegiate gymnasts and swimmers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83, 120-124.
- APA (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. (4th^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Bergstorm, R. L., & Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(9), 975-1000.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*, 7(1), 79-90.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. Dans R. Vigersky (dir.), *Anorexia nervosa* (p. 1-10). New York: Raver Press.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. M. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Camargo, C. T. A., Gomez-Campos, R. A., Cossio-Bolanos, M. A., Barbeta, V. J. D., Arruda, M., & Guerra, G. (2014). Growth and body composition in Brazilian female rhythmic gymnastics athletes. *Journal of Sports Sciences*, 32(19), 1790-1796. doi: 10.1080/02640414.2014.926381
- Carter, J. C., Stewart, D., & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632.

- Claessens, A. L., Lefevre, J., Beunen, G., & Malina, R. M. (1999). The contribution of anthropometric characteristics to performance scores in elite female gymnasts. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 39, 355-360.
- Clausen, L., Rosenvinge, J., Friborg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): a comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 101-110.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Strychar, I. (2010). French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *European Eating Disorders Review*, 18(3), 234-243.
- Couturier, J. L., & Lock, K. (2006). Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 426-433.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., & Bakker, F. C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 507-520.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., Bakker, F. C., & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: The contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 201-215.
- de Oliveira Coelho, G. M., de Abreu Soares, E., & Ribeiro, B. G. (2010). Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite*, 55(3), 379-387. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.003>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). Dans C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 309-314). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2249-2255.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Ferrand, C., Champely, S., & Filaire, E. (2009). The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*, *10*(3), 373-380.
- Ferrand, C., Magnan, C., & Philippe, R. A. (2005). Body-esteem, body mass index, and risk for disordered eating among adolescents in synchronized swimming. *Perceptual and Motor Skills*, *101*(3), 877-884.
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symon, H., & Mandel, F. S. (2001). Difference between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, *28*, 222-227.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcao, M. (2013). Individual and relational risk factors for the development of eating disorders in adolescent aesthetic athletes and general adolescents. *Eating and Weight Disorders*, *18*, 403-411.
- Fulkerson, J. A., Keel, P. K., Leon, G. R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders*, *26*(1), 73-79.
- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3*. Floride: PAR.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *48*(1-4), 170-175.
- Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N., & Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: the role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review*, *22*, 346-351.
- Gould, D., Dieffenbach, K., & Moffett, A. (2002). Psychological characteristics and their development in Olympic champions. *Journal of Applied Sport Psychology*, *14*, 172-204.
- Gould, D., & Maynard, I. (2009). Psychological preparation for the Olympic Games. *Journal of Sports Sciences*, *27*, 1393-1408.
- Greydanus, D., & Patel, D. R. (2002). The female athlete before and beyond puberty. *Pediatric Clinics of North America*, *49*(2), 553-580.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. (2^e éd.). New York: Routledge.

- Hanton, S., Neil, R., & Mellalieu, S. D. (2008). Recent developments in competitive anxiety direction and competition stress research. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 1*(1), 45-57.
- Hausenblas, H. A., & Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 21*(3), 230-258.
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology, 13*(3), 323-339.
- Johnson, M. D. (1994). Disordered eating in active and athletic women. *Clinics in Sports Medicine, 13*(2), 355-369.
- Jones, M. V. (2012). Emotion regulation and performance. Dans S. M. Murphy (dir.), *The Oxford Handbook of Sport and Performance Psychology* (p. 154-172). New York: Oxford University Press.
- Keel, P., & Forney, J. K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*, 433-439.
- Krane, V., Choi, P. Y., Baird, S. M., Aimar, C. M., & Kauer, K. J. (2004). Living the paradox: Female athletes negotiate femininity and muscularity. *Sex Roles, 50*(5-6), 315-329.
- Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(4), 375-382.
- Lane, A. M., Beedies, C. J., Jones, M. V., Uphill, M., & Devonport, T. (2012). The base expert statement on emotion regulation in sport. *Journal of Sports Sciences 30*(11), 1189-1195.
- Lanfranchi, M.-C., Maïano, C., Morin, A. J. S., & Therme, P. (2014). Prevalence and sport-related predictors of disturbed eating attitudes and behaviors: Moderating effect of sex and age. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 24*, 622-633.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Leung, F., Geller, J., & Katzman, M. (1996). issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 19*(3), 249-256.
- Lopez-Guimera, G., Levine, M. P., Sanchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology, 13*(4), 387-416.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination--Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349-351.

- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K., & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, *44*, 70-76.
- Petrie, T., & Greenleaf, C. (2007). Eating disorder in sport. Dans G. Tenenbaum & R. Eklund (dir.), *Handbook of sport psychology* (3^e éd., p. 352-378). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & DiClemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(5), 376-384.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
- Purcell, L. K. (2013). La nutrition sportive des jeunes athlètes. *Pediatric Child Health*, *18*(4), 203-205.
- Robazza, C., Bortoli, L., & Hanin, Y. (2004). Precompetition emotion, bodily symptoms, and task-specific qualities as predictors of performance in high-level karate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, *16*, 151-165.
- Rodriguez, N. R., DiMarco, N. M., & Langley, S. (2009). Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and athletic performance. *J Am Diet Assoc*, *109*(3), 509-527.
- Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *19*(5), 731-739.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. M., & Chabrol, H. (2005). Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *L'Encephale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, *31*(2), 162-173.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2007). Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, *40*(6), 388-393.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa; valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 343-366.
- SCP. (1998). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents: les principes de diagnostic et de traitement. *Pediatric Child Health*, *3*(3), 193-196.
- Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. Dans T. F. Cash & L. Smolak (dir.), *Body image* (p. 67-75). New York: The Guilford Press.

- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 124-135.
- Stice, E., Marti, N., & Rhode, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment and course of proposed DSM-5 eating disorders diagnoses in a 8 years prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 445-457.
- Stirling, A., & Kerr, G. (2012). Perceived vulnerabilities of female athletes to the development of disordered eating behaviours. *European Journal of Sport Science, 12*(3), 262-273.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite athletes. *International Journal of Sport Nutrition, 3*, 29-40.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 20*, 112-121.
- Szymanski, M. L., & Cash, T. F. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: Expansion of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(2), 134-146.
- Thomas, J., Keel, P., & Heatherton, T. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. . *International Journal of Eating Disorders, 38*, 263-268.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. (2010). *Eating Disorders in Sport*. New york: Routledge.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (1999). "Good athlete" traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 7*(3), 181-190.
- Toro, J., Galilea, B., Martinez-Mallen, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., . . . Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International Journal of Sports Medicine, 26*(8), 693-700.
- Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puertolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: Problems and risk factors. *European Eating Disorders Review, 17*(1), 40-49.
- Torstveit, M., Rosenvinge, J., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 18*(1), 108-118.
- Torstveit, M. K., & Sundgot-Borgen, J. (2005). Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and control. *British Journal of Sports Medicine, 39*, 141-147.

- Turgeon, M.-È. K., Meilleur, D., & Blondin, S. (2015). Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(3), 175-182.
- Viaud, B. (2008). L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives. *L'Harmattan*, 2(44), 57-76.
- Voelker, D. K., Gould, D., & Reel, J. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in female figure skaters. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 696-704.
- Wagstaff, C. R. (2014). Emotion regulation and sport performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 401-412.
- Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1992). Pathology and development of eating disorders: implications for athletes. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 115-127). Malvern, PA: Lea & Febiger.

3. Deuxième article

Caractéristiques personnelles associées aux attitudes et aux comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle chez des jeunes athlètes pratiquant un sport esthétique à un haut niveau : comparaison à un groupe de contrôle.

M-È. K, Turgeon et D, Meilleur

Département de psychologie, Université de Montréal

C.P 6128, succ. Centre-ville

Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7

Objectif spécifique de cet article : Comparer les caractéristiques personnelles d'un groupe de 52 adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à un groupe de contrôle composé de 93 adolescentes non-athlètes. Les variables à l'étude sont : l'insatisfaction de l'image corporelle, le sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative et l'image corporelle, le perfectionnisme, l'ascétisme, la dysrégulation émotionnelle et le déficit intéroceptif. Le second objectif est de décrire et comparer les caractéristiques personnelles associées aux ACIAI dans chacun des groupes.

Contributions des auteurs

Marie-Ève Turgeon : Élaboration théorique du projet d'étude, conception du protocole, recrutement des participantes, collecte et entrée de données, analyses statistiques et rédaction du manuscrit.

Dominique Meilleur : Support à l'élaboration théorique du projet d'étude, encadrement lors de la rédaction et correction du manuscrit.

Résumé

La pratique d'un sport esthétique à un haut niveau est considérée comme un facteur de risque à l'adoption d'attitudes et de comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI) pouvant mener au développement d'un trouble de la conduite alimentaire (TCA). L'objectif principal de cette étude est de comparer les caractéristiques personnelles d'un groupe de 52 adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à un groupe de contrôle composé 93 adolescentes non athlètes. Les variables à l'étude sont : l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), le sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative (SEP-AN) et l'image corporelle (SEP-IC), le perfectionnisme (P), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ) et le déficit intéroceptif (DI). Le second objectif est de décrire et de comparer les caractéristiques personnelles associées aux ACIAI dans chacun des groupes. Les analyses indiquent que les athlètes de l'échantillon présentent des niveaux plus faibles de SEP-AN et de DÉ. Une fois l'âge et l'indice de masse corporelle contrôlés, les résultats démontrent que le SEP-AN et l'IIC contribuent à prédire dans chaque groupe les ACIAI tels que la recherche de minceur. Le SEP-AN est également associé dans les deux groupes à l'intensité des symptômes boulimiques. Les modèles obtenus diffèrent cependant quant aux variables prédictives principales (la DÉ chez les athlètes et le DI chez les non-athlètes). Il apparaît nécessaire de poursuivre de manière plus poussée la recherche entourant le SEP-AN et d'en tenir compte lors de l'élaboration de programmes de prévention.

Mots clé : troubles des conduites alimentaire; sport esthétique; adolescentes athlètes; sentiment d'efficacité personnelle; insatisfaction de l'image corporelle

L'adolescence est aujourd'hui reconnue comme une période à risque pour le développement d'un trouble de la conduite alimentaire (TCA) chez les jeunes filles (APA, 2013). Parmi les troubles alimentaires répertoriés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), l'anorexie, la boulimie, l'hyperphagie et les autres troubles alimentaire spécifiés comptent parmi les plus fréquents (APA, 2013; Stice, Marti, & Rhode, 2013). La prévalence à vie chez la population adolescente varie selon le trouble et peut atteindre 0.8% pour l'anorexie mentale, 2.6% pour la boulimie, 3.0% pour l'hyperphagie et 11.5% pour les autres troubles alimentaires spécifiés (Stice et al., 2013). Pour plusieurs auteurs, chacun des TCA peut être conceptualisé comme un problème se situant sur des continuums. Les pôles de ces continuums se caractériseraient d'une part, par les formes des troubles les plus sévères, soit celles qui satisfont tous les critères diagnostiques du DSM et d'autre part, par les comportements alimentaires jugés adéquats adoptés par la majorité des gens (Johnson, 1994; Leung, Geller, & Katzman, 1996). Entre les deux extrêmes de ces continuums, se trouveraient des attitudes et des comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI) d'intensité et de niveau de sévérité variables. Les restrictions alimentaires, les diètes, les préoccupations pour le poids ou l'apparence physique, l'activité physique intensive visant la perte de poids, les crises de boulimie et les vomissements provoqués constituent des exemples d'ACIAI dont la fréquence et le niveau de sévérité peuvent varier. Bien que la seule présence d'ACIAI chez une personne ne soit pas suffisante pour qu'un diagnostic de TCA soit posé, ils constituent toutefois des facteurs de risques importants à leur développement (Fairburn, Cooper, Doll, & Davies, 2005). Ce lien est inquiétant considérant que plus de 50% des jeunes filles adoptent des ACIAI dans le but de

contrôler ou modifier leur poids ou leur apparence corporelle (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002).

La recherche visant à déterminer les caractéristiques des environnements pouvant constituer des facteurs de risque au développement des ACIAI chez les adolescentes connaît une croissance. Certains environnements spécifiques, notamment ceux liés à la pratique d'un sport de type esthétique⁵, sont aujourd'hui considérés par certains comme des milieux propices au développement des TCA chez les femmes (Rodriguez, DiMarco, & Langley, 2009). Les études empiriques qui se sont intéressées à la relation entre la pratique de ce type de sport à de hauts niveaux et la prévalence des ACIAI et des TCA chez les adolescentes rapportent toutefois des résultats contradictoires. Certaines études mentionnent des prévalences plus élevées d'ACIAI et de TCA chez les athlètes comparativement aux adolescentes non athlètes (Ferrand, Champely, & Filaire, 2009; Francisco, Narciso, & Alarcao, 2013; Krentz & Warschburger, 2011), alors que d'autres ne trouvent pas de différence significative entre les deux groupes (Ferrand, Magnan, & Philippe, 2005; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007; Turgeon, Meilleur, & Blondin, 2015).

L'intérêt grandissant de la communauté scientifique pour l'étude des ACIAI chez la population d'athlètes de haut niveau pratiquant un sport esthétique pourrait s'expliquer en partie par le lien qui unit la performance sportive à des caractéristiques corporelles spécifiques, notamment celles associées à la minceur (Rodriguez et al., 2009; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010). Le patinage artistique, la nage synchronisée, la danse et la gymnastique

⁵ Les sports de type esthétique réfèrent aux disciplines dans lesquelles la performance de l'athlète est évaluée par des juges sur plusieurs critères spécifiques notamment la composante esthétique de la prestation effectuée.

constituent quelques exemples de sports esthétiques parmi lesquels l'apparence de la silhouette ou la minceur peuvent avoir des conséquences sur la qualité de la performance (Sundgot-Borgen, 1993). De plus, dans ce type de sport, la performance de l'athlète est évaluée par des juges sur certains critères tels que les compétences techniques et l'esthétisme de la prestation. Ces spécificités contrastent avec d'autres disciplines sportives où l'évaluation de la performance est déterminée exclusivement à partir de critères objectivement mesurables. Dans un tel contexte, Petrie et Greenleaf (2007) suggèrent que de fortes pressions peuvent s'exercer sur les athlètes féminines pour qu'elles développent les caractéristiques corporelles qui leur permettront d'atteindre les standards de réussite souhaités, particulièrement lorsque l'adolescente évolue à des niveaux de compétition sportive élevés.

La quête des caractéristiques corporelles idéales pour la performance sportive peut se voir complexifier par l'avènement de la puberté chez les jeunes athlètes. En effet, les transformations pubertaires ne s'opèrent pas nécessairement vers le développement des caractéristiques corporelles désirées. Le corps idéalisé dans la pratique de sport esthétique à des hauts niveaux chez les jeunes filles emprunte certaines caractéristiques du corps prépubère tels qu'une petite stature, une faible masse corporelle, des hanches étroites, un faible taux de gras corporel et une masse maigre élevée (Claessens, Lefevre, Beunen, & Malina, 1999; Wilson & Eldredge, 1992). Par exemple, si le pourcentage de gras corporel chez les femmes adultes non athlètes varie entre 23% et 27% (Greydanus & Patel, 2002), celui mesuré dans une étude réalisée auprès de jeunes filles âgées entre 9 et 16 ans pratiquant la gymnastique rythmique sur la scène internationale est en moyenne de 18.3% (Camargo et al., 2014). Par ailleurs, dépendamment de certains facteurs biologiques innés (métabolisme, type de

physionomie, génétique), il peut-être plus ou moins facile pour la jeune fille de rencontrer les standards corporels idéaux de son sport visant à optimiser sa performance. Selon Szymanski et Cash (1995), plus la différence perçue entre le corps idéalisé et le corps actuel est grande, plus le niveau d'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) risque d'être élevé. À cet effet, plusieurs auteurs dans le domaine de la psychologie sportive maintiennent que la pression ressentie pour être mince et l'internalisation de la minceur comme idéal augmenteraient les risques d'IIC chez les jeunes athlètes évoluant dans un sport esthétique (Bergstorm & Neighbors, 2006; Thompson & Sherman, 2010). Certaines études réalisées auprès d'adolescentes n'ont toutefois pas relevé de différence significative dans les niveaux d'IIC rapportés par des jeunes athlètes de haut niveau en sport esthétique et des adolescentes non athlètes (Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach et al., 2007).

À ce jour, un consensus émerge dans des études empiriques en ce qui a trait au lien qui unit l'IIC à l'adoption d'ACIAI et au développement d'un TCA chez les adolescentes non sportives (APA, 2013; Bruch, 1962; Garner, 2004; Polivy & Herman, 2002; Stice, 2001). Les études menées auprès de jeunes athlètes (11 à 25 ans) pratiquant un sport esthétique à un haut niveau présentent toutefois des résultats contradictoires. Certaines mettent en lumière la place de l'IIC comme facteur prédictif significatif des ACIAI (Francisco et al., 2013; Garner, Garfinkel, Rockert, & Olmsted, 1987; Krentz & Warschburger, 2011; Voelker, Gould, & Reel, 2014) alors qu'une autre ne soulève pas de lien significatif (de Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007). La divergence des résultats obtenus pourrait s'expliquer par les différentes conceptualisations de l'IIC ainsi que la diversité des outils psychométriques utilisés par les

auteurs pour l'évaluer (de Bruin, Oudejans, Bakker, & Woertman, 2011; Hausenblas & Carron, 1999).

L'athlète en sport esthétique qui cherche à atteindre les caractéristiques idéales pour la performance sportive souhaitée doit également s'assurer de maintenir un apport énergétique suffisant et une masse musculaire optimale (Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner, & Strauss, 2009). Dans un tel contexte, la gestion de l'alimentation et du poids peut se complexifier et représenter un défi de taille pour certaines adolescentes. En ce sens, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), qui se définit par la confiance qu'un individu entretient quant à sa capacité à atteindre des objectifs, jouerait un rôle dans l'adoption ou le maintien des comportements sains liés à l'alimentation et à l'exercice physique (Abusabha & Achterberg, 1997). Les résultats d'une étude réalisée auprès de femmes non sportives adultes ont indiqué qu'un faible niveau de confiance en ses capacités à contrôler son alimentation au cours d'expériences affectives négatives était associé à de plus grandes préoccupations pour le poids et à des attitudes et des comportements (crises de boulimie, purges) caractérisant le profil symptomatologique de la boulimie (Berman, 2006). Ainsi, il semble que plus un individu a confiance en son habileté à adopter des habitudes alimentaires saines, moins il serait enclin à adopter des ACIAI lorsqu'il expérimente des situations difficiles. À ce jour, aucune étude n'a examiné la relation entre le SEP et les ACIAI chez les adolescentes athlètes.

L'intérêt de plusieurs chercheurs pour l'étude des ACIAI dans le contexte sportif pourrait également s'expliquer par l'existence de traits communs chez les sportifs de haut niveau et les individus souffrant d'un TCA (Afflelou, 2009; Thompson & Sherman, 2010). En

effet, selon certains auteurs, l'ascétisme, le perfectionnisme et le contrôle des émotions constituent des qualités psychologiques recherchées et valorisées dans le milieu athlétique en raison de leur lien avec la performance (Gould, Dieffenbach, & Moffett, 2002; Hanton, Neil, & Mellalieu, 2008; Stirling & Kerr, 2012; Thompson & Sherman, 1999; Wagstaff, 2014). Les tendances à valoriser la discipline et le sacrifice de soi, notamment par la restriction et le contrôle, ainsi qu'à toujours se fixer des objectifs plus élevés, sont reconnues comme des caractéristiques nécessaires à la réussite sportive de haut niveau (Thompson & Sherman, 1999). Pour performer dans un tel contexte, l'athlète doit pouvoir composer avec ses émotions de manière à ce qu'elles n'interfèrent pas avec la tâche à accomplir, notamment par la mise à distance de ses états affectifs (Gould & Maynard, 2009; Lane, Beedies, Jones, Uphill, & Devonport, 2012). Il est également possible que le contexte sportif de haut niveau devienne une entrave à la conscience intéroceptive. En effet, pour performer, l'athlète doit développer des standards élevés de forme physique qui peut l'amener à tolérer et à repousser certains signaux de son corps tel que la douleur, la fatigue ou la faim (Viaud, 2008). De plus, considérant l'importance de l'alimentation dans la performance athlétique (Purcell, 2013), il est possible que l'athlète ait recours à des guides externes (entraîneurs, nutritionniste spécialisé dans la performance athlétique, etc.) pour savoir quand et comment s'alimenter plutôt que d'être à l'écoute de ses signaux internes de faim et de satiété. Les caractéristiques psychologiques qui seraient typiques des athlètes de haut niveau ont principalement été décrites à travers des travaux de types qualitatifs dans lesquels des entraîneurs et des athlètes ont été interrogés (Gould et al., 2002; Gould & Maynard, 2009; Thompson & Sherman, 1999). Aucune étude empirique contrôlée n'a été réalisée afin d'évaluer si les jeunes athlètes de haut niveau en sport esthétique se démarquent de manière significative des non-athlètes quant à

leur niveau d'ascétisme et de régulation émotionnelle. En ce qui a trait au perfectionnisme, les quelques résultats obtenus sont contradictoires. Certaines études suggèrent que les adolescentes athlètes évoluant dans une discipline de type esthétique seraient plus perfectionnistes que leurs homologues non-athlètes (Thomas, Keel, & Heatherton, 2005), alors que d'autres ne trouvent pas de différence significative entre les deux populations (Francisco et al., 2013; Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999; Salbach et al., 2007). Quant au déficit intéroceptif, deux études ont été répertoriées et les résultats sont également contradictoires. L'une d'entre-elle ne rapporte pas de différence significative entre les groupes (Salbach et al., 2007) tandis qu'une autre suggère que les adolescentes athlètes présenteraient un plus haut niveau de déficit intéroceptif que les non-athlètes (Fulkerson et al., 1999).

Certaines de ces caractéristiques ont également été décrites dans le portrait psychologique des jeunes filles souffrant d'un TCA (APA, 2013). Par exemple, les personnes souffrant d'anorexie ont tendance à ne pas répondre à leurs besoins internes et à s'engager dans des conduites d'abnégation de soi (Schmidt & Treasure, 2006). Elles peuvent également avoir des difficultés à identifier et ressentir leurs états internes comme leurs émotions ou leurs sensations de faim ou de douleur témoignant ainsi d'un déficit au plan intéroceptif (Bruch, 1962, 1977). À ce jour, les résultats des études suggèrent que le perfectionnisme serait une variable associée de manière non négligeable à l'intensité des ACIAI adoptés par les athlètes (12 à 25 ans) pratiquant un sport esthétique à un haut niveau (Goodwin, Arcelus, Geach, & Meyer, 2014; Voelker et al., 2014). En ce qui a trait à l'ascétisme et à la gestion des émotions, une étude prospective réalisée auprès de jeunes ballerines n'a pas démontré de lien significatif entre les niveaux d'ascétisme et de conscience intéroceptive des athlètes et le développement

subséquent d'un TCA dans les deux à quatre années suivant la collecte de données initiale (Garner et al., 1987). Considérant le peu de d'études comparatives disponibles, il est difficile de valider ces résultats.

La divergence et le manque de données relatives à l'influence de l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), du sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et de certaines caractéristiques psychologiques recherchées dans le milieu sportif sur l'intensité des ACIAI déployée par les jeunes athlètes en sport esthétique restreignent notre compréhension actuelle de la problématique. La présente étude tentera de pallier à ces limites par la réalisation de deux objectifs. Le premier consiste à comparer certaines caractéristiques personnelles chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à un groupe de contrôle composé d'adolescentes non athlètes. Les variables à l'étude sont : l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), le perfectionnisme (P), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ) et le déficit intéroceptif (DI). Il est attendu que les athlètes de l'échantillon présentent en moyenne des résultats plus élevés à l'ensemble des échelles permettant de mesurer les caractéristiques personnelles à l'étude à l'exception du SEP-AN et de SEP-IC. Le second objectif, de nature plus exploratoire, est de décrire et comparer les caractéristiques personnelles parmi celles à l'étude qui sont associées aux ACIAI dans chacun des groupes.

Méthode

Participants

Pour répondre aux objectifs de recherche, deux groupes d'adolescentes âgées de 12 à 19 ans ont été constitués. Le recrutement des participantes du groupe athlète a été réalisé à partir de critères précis qui permettent d'optimiser son homogénéité. Pour faire partie de ce groupe, les adolescentes devaient évoluer à un niveau élevé dans une discipline sportive de type esthétique. Dans cette étude, une athlète est considérée de haut niveau lorsqu'elle respecte deux critères : 1) prendre part à des compétitions de niveau provincial, national ou international et/ou participer à un programme de sport-étude dans un établissement scolaire provincial; 2) s'entraîner un minimum de douze heures par semaine en saison régulière⁶. Dans un premier temps, 130 questionnaires ont été distribués. Soixante d'entre eux ont été complétés, situant le taux de participation à 54 %. Afin de respecter les critères d'inclusion susmentionnés, les garçons, les athlètes âgés de plus de 19 ans ou qui s'entraînent moins de 12 heures par semaine ont été retirés de l'échantillon. Au final, le groupe d'athlètes est constitué de 52 adolescentes pratiquant soit le patinage artistique (n=12), la nage synchronisée (n=31) ou le ballet classique (n=9).

Pour faire partie du groupe de contrôle, les participantes devaient faire moins de quatre heures par semaine d'activité physique dans un cadre organisé ou non et ne pas pratiquer un sport de type esthétique. Cinq cents questionnaires ont été distribués à des adolescents québécois fréquentant une école secondaire; 185 ont été complétés situant le taux de réponse à 37 %. Tout comme dans le groupe d'athlètes, les participants ne respectant pas les critères

⁶ Le terme « saison régulière » fait référence aux mois pendant lesquels l'athlète s'entraîne de manière continue. Il exclut donc les périodes de repos et/ou de vacances.

d'inclusion ont été retranchés de l'échantillon (92 participantes). Le groupe de contrôle est donc constitué de 93 adolescentes.

Procédures

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal. Les fédérations sportives de patinage artistique et de nage synchronisée ont été rencontrées et ont accepté de collaborer à cette recherche en nous permettant de rencontrer les athlètes pour leur présenter l'étude. Les athlètes ont été rencontrées à leur site d'entraînement sans la présence de l'entraîneur afin d'éviter d'induire une pression quant à leur participation. Pour les athlètes âgées de moins de 18 ans, le formulaire de consentement devait être signé par la jeune et par un de ses parents. Une fois les documents signés, le questionnaire de recherche accompagné d'une enveloppe a été remis aux athlètes par l'auteure principale de l'étude. Les consignes données aux athlètes étaient de remplir le questionnaire puis de l'insérer dans l'enveloppe une fois terminé, en prenant soin de sceller celle-ci, avant de rapporter le tout à la chercheuse à une date convenue. Le recrutement des participantes du groupe de contrôle et des danseurs du groupe d'athlètes a débuté par la rencontre et l'obtention des autorisations des directeurs/directrices de quatre établissements scolaires québécois (deux écoles privées et deux écoles publiques). Les étudiants ont été rencontrés dans leur salle de classe. Les formulaires d'autorisation parentale et de consentement ont été distribués aux étudiants désirant participer à l'étude. Une fois les documents signés, le questionnaire de recherche accompagné d'une enveloppe a été distribué avec comme instruction de le compléter à la maison ou en salle de classe et de le rapporter à l'enseignant dans l'enveloppe scellée.

Mesures

Un questionnaire auto-rapporté a été distribué à l'ensemble des participantes. La première partie de ce questionnaire regroupe des questions relatives aux caractéristiques personnelles et physiologiques des adolescentes (ex. l'âge, le poids, la taille et l'origine ethnique). Les informations sur le poids et la taille ont permis de calculer l'indice de masse corporelle (IMC : poids en kg/ taille en m²) pour chacune d'elle. Cette section contient également des questions concernant l'activité physique exercée par les participantes, notamment la nature du sport, le nombre d'heures d'entraînement ainsi que le niveau de compétition s'il y a lieu. La dernière section du questionnaire contient quatre outils permettant d'évaluer l'intensité des attitudes et des comportements à l'égard de l'alimentation, l'image corporelle et le poids ainsi que les caractéristiques psychologiques à l'étude soit l'insatisfaction de l'image corporelle, le sentiment d'efficacité personnelle le perfectionnisme, l'ascétisme la régulation émotionnelle et le déficit intéroceptif.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) : Le *EDE-Q* est un questionnaire qui évalue les attitudes, les sentiments et les comportements liés à l'alimentation, à l'image corporelle et au poids présents au cours des 28 derniers jours (Fairburn & Beglin, 2008). Il permet d'évaluer la présence de TCA au sein de la population générale et clinique. Le *EDE-Q* est composé de 22 items se divisant en quatre sous-échelles : i) Restriction; ii) Préoccupation pour la nourriture; iii) Préoccupation pour la silhouette; iv) Préoccupation pour le poids. Il est aussi possible d'obtenir un score global. Deux échelles en sept points (« aucune journée » - « tous les jours »; « pas du tout » - « beaucoup ») permettent aux participantes d'inscrire la fréquence et l'intensité avec lesquelles elles adoptent ces

attitudes et comportements au cours des quatre dernières semaines. Pour les besoins de cette étude, seul le score global a été utilisé. Ce dernier est calculé en faisant la moyenne des scores obtenus aux quatre sous-échelles. L'alpha de Cronbach calculé pour l'échelle globale ($\alpha = 0,93$) se révèle similaire à celui trouvé par d'autres auteurs (Luce & Crowther, 1999). La version francophone du questionnaire utilisé dans le cadre de cette recherche a été réalisée par un processus de traduction à rebours.

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) : Le *EDI-3* est un questionnaire auto-rapporté qui évalue les caractéristiques associées aux troubles alimentaires (Garner, 2004). Pour les besoins de cette étude, les échelles Recherche de minceur ($\alpha = 0.90$) et Boulimie ($\alpha = 0.68$) ont été retenues comme mesure d'ACIAI. Les échelles de Perfectionnisme ($\alpha = 0.72$), de Mauvaise régulation émotionnelle ($\alpha = 0.78$), de Déficit intéroceptif ($\alpha = 0.79$) et d'Ascétisme ($\alpha = 0.56$) ont également été utilisées afin d'évaluer les participantes sur les différentes caractéristiques psychologiques ciblées. L'indice de fidélité de cette dernière échelle (Ascétisme) étant plus faible, les résultats sont interprétés en conséquence. Les scores obtenus pour chaque échelle sont indépendants et aucun score global n'est calculé. Une échelle de type Likert graduée en 6 points (allant de « toujours » à « jamais ») permet aux participantes d'indiquer jusqu'à quel point l'énoncé présenté s'applique à elles. La nature interprétable des résultats a été vérifiée et confirmée à l'aide des échelles de validité de l'instrument qui mesurent notamment le niveau d'inconsistance et de rareté des scores des participants. Tout comme pour l'*EDE-Q*, la version francophone du *EDI-3* utilisée a été réalisée par un processus de traduction à rebours.

Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f : Issu des travaux originaux de Pinto, Guarda, Heinberg et DiClemente (2006), le *EDRSQ-f* est un questionnaire permettant d'évaluer la confiance des participants en leur aptitude à adopter et maintenir de bonnes habitudes alimentaires. L'instrument est composé de 23 items regroupés en deux échelles : l'échelle de Sentiment d'efficacité personnelle en lien avec une alimentation normative (SEP-AN; 14 items) et l'échelle de Sentiment d'efficacité personnelle en lien avec l'image corporelle (SEP-IC; 9 items). Le SEP-AN réfère à la confiance qu'un individu entretient face à sa capacité de s'alimenter sans ressentir de détresse émotionnelle (culpabilité et anxiété) ou s'engager dans des comportements alimentaires inappropriés (restriction alimentaire, crise de boulimie, purge, exercice physique excessif). Le SEP-IC se définit comme la confiance d'un individu à maintenir une image corporelle réaliste qui n'est pas dominée par la recherche de minceur et par une estime de soi influencée de manière excessive par la silhouette et le poids corporel. Une échelle de type Likert graduée d'un (« pas du tout confiant ») à cinq (« extrêmement confiant ») est utilisée afin d'obtenir un pointage pour chaque échelle. Le score moyen d'une échelle est obtenu en effectuant la somme du pointage obtenu divisé par le nombre d'items contenus dans l'échelle. Plus les scores obtenus aux deux sous-échelles sont faibles, plus il est probable que le sujet entretienne un faible niveau de SEP à l'égard de l'alimentation saine. La validation francophone de l'outil a été effectuée auprès d'un échantillon composé de 203 étudiantes universitaires dont l'âge moyen est de 21,8 ans (Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe, & Strychar, 2010). Les alphas de Cronbach suggèrent une bonne fidélité de l'instrument (SEP-AN, $\alpha = 0.95$; SEP-IC, $\alpha = 0.92$).

Body Shape Questionnaire : La version francophone du *BSQ* contient 34 items qui mesurent l'insatisfaction de l'image corporelle dans la vie de tous les jours (Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, & Chabrol, 2005). Pour répondre aux items, une échelle de Likert (graduée d'un « jamais » à six « toujours ») est mise à la disposition des participantes. Le score global est calculé en additionnant les points obtenus pour l'ensemble des items. Ainsi, plus le score obtenu est élevé, plus le niveau d'insatisfaction de l'image corporelle du sujet est élevé. Une consistance interne de 0.97 témoigne de la bonne fidélité du *BSQ*.

Plan d'analyses

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 21). Des tests *t* pour échantillons indépendants ont été utilisés afin de comparer les moyennes d'âge et d'IMC entre les athlètes et non-athlètes. Des tests *t* ont également permis de vérifier les différences de moyennes obtenues dans chaque groupe pour l'ensemble des variables à l'étude. Les relations qui unissent les trois mesures d'ACIAI aux caractéristiques psychologiques ont été explorées à l'aide d'analyses corrélationnelles (bivariées) stratifiées par groupe. Afin d'évaluer le pourcentage de variance expliquée par les différentes caractéristiques psychologiques pour les trois mesures d'ACAI, des régressions hiérarchiques ont été réalisées séparément pour le groupe athlète et le groupe de contrôle. Deux blocs de variables ont été inclus selon un modèle de sélection pas à pas. L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées en utilisant un seuil significatif de $p < .05$.

Résultats

Description de l'échantillon

Le groupe athlète est constitué de 52 participantes. L'âge moyen est de 15.92 ans (É-T = 1.64) et l'IMC moyen est de 19.63 (É-T = 2.44) situant le poids moyen des participantes entre le 25^e et 50^e percentile. Le tableau I rapporte le nombre d'heures d'entraînement par semaine ainsi que les niveaux de compétition auxquels participent les athlètes de l'échantillon.

Tableau I. Nombre d'heures d'entraînement par semaine et niveaux de compétition auxquels participent les participantes du groupe d'athlètes (n = 52)

| Nombre d'heures d'entraînement | n (%) | Niveaux de compétition ^a | n (%) |
|--------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| 12 à 16 heures | 7 (13.46) | Provincial | 39 (75.00) |
| 16 à 20 heures | 6 (11.54) | National | 37 (71.15) |
| 20 à 30 heures | 32 (61.58) | International | 21 (40.38) |
| 30 heures et plus | 7 (1.46) | | |

^a Les athlètes peuvent prendre part à des compétitions de différents niveaux. Le pourcentage d'athlètes évoluant à chaque niveau de compétition a donc été calculé en fonction du nombre total de participants dans le groupe (n = 52).

Plus de 70% des participantes de ce groupe prennent part à des compétitions de niveau national et 75% d'entre elles font plus de 20 heures d'entraînement par semaine. En moyenne, les participantes ont débuté la pratique de leur sport à l'âge de 7 ans et elles l'exercent depuis plus de 8 ans. Quatre-vingt-seize pour cent des participantes de ce groupe sont caucasiennes, 1.92% sont d'origine asiatique et 1.92% sont d'origine mixte ou non-représentée dans les choix de réponses possibles. Quant au niveau de scolarité, 13.72 % des athlètes sont en secondaire un ou deux, 66.67% sont de niveau secondaire trois à cinq et 19.60 % fréquentent un cégep ou une université. Les participantes du groupe de contrôle sont âgées en moyenne de 15.46 ans (É-T = 1.42) et possède un IMC moyen de 20.36 (É-T = 3.28) ce qui les situe entre

le 50^e et 75^e percentile. En ce qui a trait au niveau de scolarité, 31.87 % des participantes de ce groupe sont en secondaire un ou deux et 68.13 % d'entre elles sont de niveau secondaire trois à cinq. Les origines ethniques des participantes du groupe de contrôle se répartissent comme suit : caucasiennes 66.3% caucasienne, 21.74% asiatique, 2.17% hispanique, 2.17% africaine, 7.61% mixte ou non représentée.

Les résultats issus des tests t pour échantillons indépendants (bilatéraux) suggèrent que la moyenne d'âge des athlètes et celle du groupe de contrôle ne sont pas significativement différentes l'une de l'autre, $t(140) = -1.75, p = .08, 95\% \text{ IC } [-0.98, 0.06]$. De plus, même s'il est légèrement plus élevé, l'IMC moyen des participantes non athlètes n'est pas significativement différent de celui du groupe athlètes, $t(127) = 1.35, p = .18, 95\% \text{ IC } [-0.34, 1.80]$.

En ce qui a trait à l'intensité des ACIAI, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes quant aux moyennes obtenues au *EDEQ*, $t(143) = -0.66, p = .51 [-0.58, 0.29]$ ainsi qu'aux échelles Recherche de minceur $t(143) = -0.83, p = .41 [-3.49, 1.42]$ et Boulimie $t(142) = -1.20, p = .23 [-2.02, 0.49]$ du *EDI-3*. Ces résultats sont décrits dans le tableau II. Ainsi, l'intensité des ACIAI rapportée par les adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique à un haut niveau est similaire à celle mesurée chez des adolescentes non athlètes. Notons que ces résultats ont été détaillés dans un article antérieur (Turgeon et al., 2015).

Caractéristiques personnelles

Le Tableau II recense les moyennes, les écarts-types et les résultats aux tests t (bilatéraux) obtenus pour chacune des variables à l'étude.

Tableau II. Statistiques descriptives et résultats aux tests t pour l'ensemble des variables à l'étude

| | Athlète | | Contrôle | | <i>t</i> | <i>ddl</i> | <i>p</i> | IC (95%) | |
|-------------------------------|---------|-------|----------|-------|----------|------------|----------|----------|-------|
| | M | É-T | M | É-T | | | | min | max |
| Mesures d'ACIAI | | | | | | | | | |
| <i>EDE-Q</i> | 1.35 | 1.26 | 1.21 | 1.27 | -0.66 | 143 | .51 | -0.58 | 0.29 |
| RM | 6.98 | 7.73 | 5.95 | 6.85 | -0.83 | 143 | .41 | -3.49 | 1.42 |
| B | 3.22 | 4.16 | 2.46 | 3.32 | -1.20 | 142 | .23 | -2.02 | 0.49 |
| Caractéristiques personnelles | | | | | | | | | |
| IIC | 72.06 | 31.98 | 73.55 | 34.98 | 0.25 | 134 | .80 | -10.38 | 13.37 |
| SEP-IC | 3.53 | 1.02 | 3.42 | 0.93 | -0.66 | 143 | .51 | -0.44 | 0.22 |
| SEP-AN | 4.03 | 0.90 | 4.31 | 0.74 | 2.00 | 143 | .05* | 0.00 | 0.55 |
| DÉ | 3.10 | 5.07 | 4.96 | 5.15 | 2.09 | 142 | .04* | 0.10 | 3.61 |
| DI | 6.41 | 5.82 | 6.98 | 6.38 | 0.53 | 142 | .60 | -1.56 | 2.70 |
| P | 8.62 | 5.45 | 7.53 | 5.34 | -1.12 | 143 | .25 | -2.93 | 0.75 |
| As | 5.58 | 4.08 | 4.92 | 4.55 | 0.87 | 141 | .39 | -2.17 | 0.85 |

Note. *EDE-Q* = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; RM = Recherche de minceur; B = Boulimie; IIC = Insatisfaction de l'image corporelle; DI = Déficit intéroceptif; DÉ = Dysrégulation émotionnelle; SEP-AN = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative; SEP-IC = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'image corporelle; As = Ascétisme; P = Perfectionnisme.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Les adolescentes du groupe de contrôle présentent des scores moyens significativement plus élevés que les adolescentes athlètes sur les variables Mauvaise régulation émotionnelle, $t(142) = 2.09$, $p = .04$, 95% IC [0.10, 3.61] et Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative, $t(142) = 2.09$, $p = .04$, 95% IC [0.10, 3.61]. Aucune différence significative ($p < .05$) n'a été obtenue entre les moyennes obtenues par les deux groupes sur les autres variables à l'étude. Néanmoins, il est à noter que les adolescentes athlètes de l'échantillon présentent des scores moyens plus élevés sur les échelles mesurant le

Sentiment d'efficacité personnelle envers l'image corporelle, l'Ascétisme et le Perfectionnisme. De même, bien que leurs différences ne soient pas significatives, les moyennes obtenues sur les variables Insatisfaction de l'image corporelle et Déficit intéroceptif sont plus élevées chez les adolescentes non athlètes de l'échantillon.

Analyses corrélationnelles

Afin de comparer la nature et l'intensité des relations entre les trois mesures d'ACIAI et les différentes caractéristiques démographiques et personnelles des participantes dans les deux groupes, des analyses corrélationnelles stratifiées ont été réalisées. Le tableau III rapporte les coefficients de Pearson pour l'ensemble des corrélations dans chaque groupe. L'âge des participantes du groupe athlète est positivement corrélé aux résultats obtenus à deux mesures des ACIAI soit au *EDE-Q* et à l'échelle Recherche de minceur. Dans le groupe de contrôle, l'âge des participantes n'est pas corrélé de manière significative avec les trois mesures d'ACIAI. Des corrélations positives de taille moyenne sont également observées entre l'IMC des participantes des deux groupes et leurs résultats au *EDE-Q* soit de .28 pour le groupe athlète et de .29 pour le groupe de contrôle.

Tableau III. Corrélations entre les trois mesures d'ACIAI et les autres variables selon le groupe

| Variables | Athlète | | | Contrôle | | |
|-------------------------------|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| | <i>EDE-Q</i> | RM | B | <i>EDE-Q</i> | RM | B |
| Âge | .29* | .28* | .13 | .10 | .07 | .10 |
| IMC | .28* | .19 | .22 | .29** | .21 | .08 |
| Caractéristiques personnelles | | | | | | |
| IIC | .87** | .83** | .55* | .92** | .86** | .45** |
| SEP-AN | -.86** | -.88** | -.57** | -.80** | -.76** | -.51** |
| SEP-IC | -.84** | -.86** | -.45** | -.76** | -.71** | -.37** |
| DI | .43** | .47** | .54** | .41** | .41** | .57** |
| DÉ | .28* | .19 | .44** | .26* | .32** | .27* |
| P | .25 | .26 | .25 | .02 | .04 | .13 |
| As | .48** | .47** | .25 | .52** | .57** | .45** |

Note. *EDE-Q* = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; RM = Recherche de minceur; B = Boulimie; IIC = Insatisfaction de l'image corporelle; DI = Déficit intéroceptif; DÉ = Dysrégulation émotionnelle; SEP-AN = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative; SEP-IC = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'image corporelle; As = Ascétisme; P = Perfectionnisme.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Régressions hiérarchiques

Afin de décrire et de comparer les caractéristiques psychologiques associées aux ACIAI dans chacun des groupes, des régressions hiérarchiques ont été réalisées. Les variables prédictives pour les résultats obtenus à l'*EDE-Q* ainsi qu'aux échelles Recherche de minceur et Boulimie pour le groupe athlète et le groupe de contrôle sont présentées dans les tableaux IV et V respectivement.

Tableau IV. Modèles de régressions hiérarchiques finaux pour les variables dans chaque bloc prédisant les résultats au *EDE-Q*, la recherche de minceur et la boulimie dans le **groupe athlète**

| Mesures d'ACIAI | Variabiles prédictrices | β | R ² | ΔR^2 |
|----------------------|-------------------------|---------|----------------|--------------|
| <i>EDE-Q</i> | | | | |
| | Bloc 1 | | | |
| | IMC | .02 | .08 | |
| | Bloc 2 | | | |
| | IIC | .51** | | |
| | SEP-AN | -.48** | .85 | .77 |
| Recherche de minceur | | | | |
| | Bloc 2 | | | |
| | SEP-AN | -.56** | | |
| | IIC | .42** | .83 | |
| Boulimie | | | | |
| | Bloc 2 | | | |
| | DÉ | .51** | | |
| | SEP-AN | -.48** | .59 | |

Note. *EDE-Q* = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; DÉ = Dysrégulation émotionnelle; SEP-AN = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative; IIC = Insatisfaction de l'image corporelle. Recherche de minceur et Boulimie : aucune variable du bloc un n'a été retenue.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

Tableau V. Modèles de régressions hiérarchiques finaux pour les variables dans chaque bloc prédisant les résultats au *EDE-Q*, la recherche de minceur et la boulimie dans le **groupe de contrôle**

| Mesures d'ACIAI | Variables prédictrices | β | R ² | ΔR^2 |
|----------------------|------------------------|---------|----------------|--------------|
| <i>EDE-Q</i> | Bloc 1 | | | |
| | IMC | .04 | .11 | |
| | Bloc 2 | | | |
| | IIC | .71** | | |
| | SEP-AN | -.26** | .88 | .77 |
| Recherche de minceur | Bloc 2 | | | |
| | IIC | .63** | | |
| | SEP-AN | -.29** | .76 | |
| Boulimie | Bloc 2 | | | |
| | DI | .50** | | |
| | SEP-AN | -.25* | .43 | |

Note. *EDE-Q* = Eating Disorder Examination Questionnaire; SEP-AN = Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative; DI = Déficit intéroceptif; IMC = Indice de masse corporelle.

Recherche de minceur et Boulimie : aucune variable du bloc un n'a été retenue.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

EDE-Q. Dans le groupe athlète, la variable IMC issue du bloc un est d'abord retenue et explique 8 % de la variance. Une fois l'IMC contrôlé, deux variables du bloc deux ressortent de manière équivalente comme étant significatives soit l'Insatisfaction de l'image corporelle et le Sentiment d'efficacité à l'égard de l'alimentation normative. À lui seul, le bloc deux explique 77% de la variance obtenue sur l'échelle du *EDE-Q* dans ce groupe. Pour le groupe de contrôle, l'IMC contenu dans le premier bloc est d'abord retenu et explique 11% de la variance. À l'image du groupe athlète, une fois l'IMC contrôlé, les mêmes variables du bloc deux ressortent comme significatives soit l'Insatisfaction de l'image corporelle et le Sentiment

d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative. Ces deux variables ajoutent 77% à la variance expliquée pour un total de 88%. Les deux variables du bloc deux n'ont toutefois pas le même poids dans le modèle final. En effet, l'Insatisfaction de l'image corporelle apparaît être le principal prédicteur ($\beta = 0.71$). Il est à noter qu'une fois les variables du bloc deux entrées dans les modèles finaux des deux groupes, l'IMC perd sa signification statistique.

Recherche de minceur. Pour le groupe athlète, aucune variable du bloc un n'a été retenue. À partir du bloc deux, les variables Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative et Insatisfaction de l'image corporelle expliquent 83% de la variance des résultats obtenus sur la variable dépendante. Le Sentiment d'efficacité à l'égard de l'alimentation normative apparaît comme principal prédicteur du modèle ($\beta = -.56$). Chez les adolescentes du groupe de contrôle, aucune variable du bloc un n'a été retenue. Dans le bloc deux, deux variables ont été retenues soient l'Insatisfaction de l'image corporelle et le Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative. Ensemble, ces variables expliquent 76% de la variance des résultats obtenus sur l'échelle de Recherche de minceur. La variable Insatisfaction de l'image corporelle ressort comme le principal prédicteur du modèle ($\beta = .63$).

Boulimie. Pour le groupe athlète, aucune variable du bloc un n'a été retenue. Pour le bloc deux, les variables Mauvaise régulation émotionnelle et Sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative ont été relevées comme significatives et expliquent 59% de la variance obtenue sur l'échelle de Boulimie. Les deux variables du bloc

deux ont approximativement le même poids dans le modèle final ($\beta = .51$ et $\beta = -.48$). En ce qui a trait au groupe de contrôle, aucune variable du bloc un n'a d'abord été retenue. Dans le bloc deux, les variables Déficit intéroceptif et Sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative expliquent 43% de la variance de la variable dépendante. Il est à noter que les deux variables retenues dans le bloc deux n'ont pas la même importance dans le modèle final. En effet, avec un bêta standardisé de .50, le déficit intéroceptif est la variable principale du modèle.

Discussion

Le premier objectif de cette étude était de comparer certaines caractéristiques personnelles chez des adolescentes athlètes et non-athlètes. Au plan descriptif, les deux groupes se sont révélés similaires quant à leurs moyennes d'âge et d'IMC. De plus, aucune différence significative n'a été relevée quant à l'intensité des attitudes et des comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI) entre les adolescentes des deux groupes tels que mesurés à l'aide de l'échelle globale du *EDE-Q* et des échelles Recherche de minceur et Boulimie du *EDI-3*. Ces derniers résultats ont été discutés dans une étude publiée antérieurement (Turgeon et al., 2015).

En ce qui a trait aux variables à l'étude, les résultats obtenus suggèrent que les adolescentes du groupe athlète entretiennent un sentiment d'efficacité personnelle significativement plus faible quant à leur capacité de maintenir une alimentation normative (SEP-AN) comparativement aux filles non athlètes de l'échantillon. Ces résultats suggèrent que les athlètes entretiendraient un niveau de confiance plus faible en leur capacité de

s'alimenter sans ressentir de détresse émotionnelle (culpabilité et anxiété) ou avoir des comportements alimentaires inappropriés (restriction alimentaire, crise de boulimie, purge, exercice physique excessif). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'il est peut-être plus difficile pour les adolescentes du groupe athlète de maintenir un SEP-AN élevé dans leur contexte actuel ou la gestion de l'alimentation au quotidien peut constituer une tâche difficile. En effet, le maintien de l'équilibre entre un apport énergétique suffisant et l'atteinte des caractéristiques corporelles recherchées dans la discipline (ex. la minceur) peut être un défi pour l'athlète. L'atteinte et le maintien de cet équilibre demandent à l'adolescente un certain niveau d'engagement, de contrôle de soi et de connaissances relatives à l'alimentation qui peuvent complexifier les choix alimentaires. Ce contexte particulier pourrait contribuer à augmenter les préoccupations de l'adolescente quant à l'impact de ses choix alimentaires sur son corps et ses performances et influencer le sentiment d'efficacité personnelle qu'elle entretient à l'égard de ses capacités à maintenir une alimentation normative dans sa vie de tous les jours. De plus, il est possible que le mode de vie particulier des jeunes athlètes de haut niveau demande davantage de planification en ce qui a trait à leur alimentation au quotidien. En effet, la participation sportive à de hauts niveaux implique pour l'adolescent de devoir gérer un emploi du temps chargé par l'alternance entre l'école et les entraînements et par de nombreux déplacements nécessaires pour la participation à des compétitions (Anderson & Petrie, 2012). À cet effet, rappelons que plus de 75% des athlètes de notre échantillon s'entraînent plus de 20 heures par semaine. Dans un tel contexte, le maintien de l'équilibre entre les besoins énergétiques et les caractéristiques corporelles recherchées pour la performance sportive demandent potentiellement davantage d'organisation de la part de l'adolescente. Si les jeunes athlètes peuvent possiblement bénéficier plus facilement d'un

encadrement spécialisé quant à leur alimentation dans un environnement sportif de haut niveau, certaines d'entre elles peuvent être laissées à elles-mêmes devant le défi que constitue le maintien de cet équilibre. Selon Bandura (2003), les objectifs ou les tâches qui dépassent les capacités de la personne peuvent susciter du découragement et miner les croyances en son efficacité.

Selon les résultats obtenus, les athlètes de l'échantillon présentent de manière significative une meilleure capacité de régulation émotionnelle comparativement aux adolescentes du groupe de contrôle. Ces résultats appuient les travaux de plusieurs chercheurs qui suggèrent que la capacité de régulation émotionnelle est une caractéristique des athlètes qui pratiquent un sport à des niveaux de compétition élités (Gould & Maynard, 2009). Ainsi, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des athlètes qui atteignent le niveau élevé de leur discipline sportive présentent de bonnes capacités de régulation émotionnelle. Il est également possible que la pratique sportive élitée favorise le développement ou le maintien de cette caractéristique psychologique. En effet, la pratique d'un sport à des niveaux de compétition élevés constitue un environnement propice à l'expérience d'émotions variées allant de la tristesse ou de la colère associées à une défaite jusqu'à l'euphorie générée par l'obtention d'une première place. Ces émotions seront vécues de manière d'autant plus intense que les athlètes de niveau élitée entretiennent le désir de gagner (Lazarus, 1991). Pour performer, l'athlète doit cependant atteindre un niveau d'activation physiologique et psychologique optimale (Robazza, Bortoli, & Hanin, 2004) qui peut nécessiter la reconnaissance de ses états internes et la mise en place d'un processus de régulation émotionnel adapté (Jones, 2012; Lane et al., 2012). Ce faisant, il est possible

d'avancer l'hypothèse que les jeunes athlètes de l'échantillon aient pu bénéficier de cet apprentissage et ainsi présenter de meilleures capacités de régulation émotionnelle.

En ce qui a trait aux autres variables à l'étude, aucune différence de moyenne significative n'a été relevée entre les deux groupes. Ainsi, les athlètes de l'échantillon présentent des niveaux moyens d'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) et de sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'image corporelle (SEP-IC) équivalents à ceux des adolescentes du groupe de contrôle. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans d'autres études effectuées auprès d'échantillons comparables (Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach et al., 2007). Ainsi, même si elles doivent rencontrer des standards corporels précis pour la réalisation de performance à des niveaux de compétition élevés, les athlètes de l'échantillon ne sont pas plus ni moins insatisfaites de leur image corporelle que les adolescentes non sportives. Divers facteurs peuvent être avancés pour expliquer ces résultats. Le premier concerne les critères de sélection des participantes de l'étude qui devaient pratiquer leur sport au plus haut niveau de leur discipline. En effet, il est possible que les athlètes qui évoluent à un haut niveau présentent les caractéristiques corporelles recherchées dans la pratique de leur sport. Chez ces participantes, il y aurait donc potentiellement un moins grand écart entre l'image corporelle idéalisée pour la performance athlétique et l'image corporelle perçue diminuant, ainsi les chances de développer un niveau élevé d'IIC. Une seconde hypothèse avancée est qu'en raison du niveau élevé d'activité physique pratiqué, les athlètes de l'échantillon se rapprochent davantage de l'idéal esthétique de minceur véhiculé dans la société, diminuant ainsi les probabilités de développer de l'insatisfaction de leur image corporelle (Francisco et al., 2013; Hausenblas & Symons

Downs, 2001) et un faible SEP-IC. Bien que cet aspect n'a pas été évalué dans le cadre de cette étude, il est possible de supposer que, malgré une absence de différence significative entre les IMC des adolescentes athlètes et non athlètes, la constitution corporelle des deux groupes est probablement différente compte tenu du niveau élevé d'activité physique hebdomadaire pratiqué par les sportives de l'échantillon. Cet aspect pourrait avoir un influence sur les niveaux d'IIC et de SEP-IC et serait à considérer dans les recherches futures.

Selon les résultats obtenus, les adolescentes athlètes et les non athlètes présentent des niveaux comparables d'ascétisme, de perfectionnisme et de déficit intéroceptif. Ces résultats nuancent ceux issus des études qualitatives qui suggéraient que les athlètes de haut niveau présenteraient un profil psychologique particulier se caractérisant entre autre par des niveau élevés de perfectionnisme, d'ascétisme et de déficit intéroceptif (Gould et al., 2002; Thompson & Sherman, 1999). En effet, les scores obtenus par les athlètes de l'échantillon sur ces trois échelles ne se distinguent pas de ceux obtenus par les adolescentes non athlètes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans d'autres études selon lesquels les jeunes athlètes élites en sport esthétique présenteraient des niveaux de perfectionnisme (Francisco et al., 2013; Fulkerson et al., 1999; Salbach et al., 2007) et de déficit intéroceptif (Salbach et al., 2007) similaires à ceux des adolescentes non athlètes. Considérant l'absence d'étude empirique contrôlée portant sur le niveaux d'ascétisme chez les jeunes athlètes de haut niveau, cette étude devra être reproduite afin d'améliorer la validité des résultats obtenus.

Le deuxième objectif de cette étude était de décrire et de comparer de manière exploratoire les caractéristiques personnelles associées aux ACIAI dans chacun des groupes.

Après avoir contrôlé pour l'âge et l'IMC des participantes, l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) et le sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative (SEP-AN) ressortent dans les deux groupes comme les principaux prédicteurs des scores obtenus à l'échelle globale du *EDE-Q* ainsi qu'à l'échelle Recherche de minceur du *EDI-3*. Ainsi, l'intensité des ACIAI dans les deux groupes est associée à deux caractéristiques psychologiques chez les adolescentes : 1) se sentir insatisfaite de son image corporelle; 2) ne pas se sentir capable de s'alimenter sans faire l'usage de comportements alimentaires inappropriés ou ressentir de la détresse émotionnelle (culpabilité et anxiété). Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'autres études qui ont rapporté le rôle significatif de l'IIC dans les problématiques alimentaires chez les jeunes athlètes (Garner et al., 1987; Krentz & Warschburger, 2011; Voelker et al., 2014). Ainsi, tout comme pour les adolescentes du groupe de contrôle, l'IIC entretenu par les jeunes athlètes apparaît comme un facteur de risque à l'adoption d'ACIAI. Les résultats de notre étude mettent également en lumière l'importance du sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative (SEP-AN) dans l'intensité des ACIAI adoptée par l'ensemble des adolescentes de l'échantillon tel que mesuré par le score global au *EDE-Q* et l'échelle de Recherche de minceur du *EDI-3*.

Les deux groupes se distinguent néanmoins quant aux caractéristiques psychologiques associées à l'échelle de Boulimie du *EDI-3*. Après avoir contrôlé pour l'âge et l'IMC, le SEP-AN apparaît dans les deux groupes comme une variable explicative. Les modèles obtenus diffèrent cependant quant aux variables prédictives principales. Chez les athlètes de l'échantillon, l'intensité des conduites boulimiques est associée à la dysrégulation émotionnelle, alors qu'elle apparaît davantage liée au déficit intéroceptif chez les adolescentes

non sportives. Ainsi, chez les athlètes de l'échantillon, l'intensité des symptômes boulimiques évaluée par le *EDI-3* est associée au niveau d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle de l'adolescente. Chez les participantes non athlètes, l'intensité des symptômes boulimiques est plutôt liée aux difficultés à reconnaître et à verbaliser ses états internes affectifs et physiologiques. Ces résultats exploratoires doivent être interprétés avec prudence en raison de la différence de taille importante entre les deux groupes et le nombre élevé de variables à l'étude. Néanmoins, les résultats obtenus pour l'ensemble de notre échantillon vont dans le même sens que ceux rapportés par d'autres auteurs qui soulignent le rôle des difficultés de régulation émotionnelle et de reconnaissance des émotions dans le développement ou le maintien des TCA (Bruch, 1962, 1977; Bydlowski et al., 2005). En effet, pour plusieurs auteurs, les individus souffrant de boulimie pourraient utiliser les comportements compensatoires afin de supprimer ou réguler des émotions négatives qui les submergent (Cooper, Wells, & Todd, 2004; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Enfin, notons que le perfectionnisme n'a pas été associé de manière significative aux ACIAI dans les deux groupes, et ce, contrairement à ce qui est rapporté dans la recherche (Goodwin et al., 2014; Voelker et al., 2014). L'absence de résultat pourrait être attribuable à la conceptualisation unidimensionnelle et générale du perfectionnisme utilisé dans l'outil de mesure de cette recherche. Plusieurs auteurs proposent plutôt que le perfectionnisme serait un construit multidimensionnel dont seules certaines dimensions pourraient être associées à l'adoption d'ACAI chez les athlètes, notamment la tendance à l'autocritique (Goodwin et al., 2014; Voelker et al., 2014).

Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle est la première à s'intéresser au sentiment d'efficacité personnelle en lien avec les attitudes et les comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle chez une population d'athlètes. De plus, l'échantillon de l'étude est constitué d'un groupe d'adolescentes sportives de haut niveau dont les caractéristiques homogènes (type de sports pratiqué, âge et IMC) facilitent l'interprétation des résultats. La présence d'un groupe de contrôle permet également de comparer les résultats obtenus avec des adolescentes du même âge qui ne sont pas impliquées dans un sport compétitif. Aussi, l'utilisation de questionnaires standardisés permet de comparer les études obtenues à d'autres études ayant fait usage des mêmes outils. Au plan théorique, notons qu'aucune autre étude à ce jour ne s'était intéressée au sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative (SEP-AN) en lien avec les ACIAI chez une population d'athlètes. Cette caractéristique personnelle s'est avérée être l'un des prédicteurs les plus importants dans les modèles obtenus pour les trois mesures d'ACIAI utilisées, et ce, dans les deux groupes. Ces résultats devront être considérés dans l'élaboration de modèles théoriques permettant d'expliquer l'intensité des ACIAI adoptée par les athlètes. De plus, la réalisation de recherche à devis longitudinal permettrait d'explorer l'hypothèse voulant que le milieu sportif de haut niveau en sport esthétique ainsi que le jeune âge des participantes constituent des facteurs de protection face à l'adoption d'ACIAI. En effet, un questionnement demeure relativement à l'évolution de ces jeunes filles lorsqu'elles n'ont plus à réguler leur alimentation et leur exercice physique en fonction d'un équilibre précis et qu'elles ne font plus l'objet du même encadrement. Par ailleurs, étant donné l'importance du SEP-AN comme variable explicative des ACIAI chez l'ensemble des

adolescentes de l'échantillon, il pourrait être pertinent d'y apporter une attention particulière dans

Les résultats de cette étude doivent cependant être nuancés en raison de la présence de certaines limites. La première concerne la sélection des participantes à l'étude. La participation à cette recherche nécessitait l'obtention d'un consentement parental pour les jeunes filles âgées de moins de 18 ans. Il est possible que, malgré les mesures mises en place pour assurer la confidentialité des adolescentes, les participantes présentant un niveau élevé d'ACIAI ou un trouble de la conduite alimentaire se soient abstenues de participer à l'étude de manière à éviter le sujet de conversation avec leurs parents. Il est également possible que certaines participantes aient pu craindre d'être identifiées et que ceci ait un impact sur la pratique de leur sport. De plus, notons que la nécessité d'obtenir le consentement parental a alourdi le processus de recrutement en augmentant le nombre d'étapes préalables à la participation à l'étude. Ces étapes supplémentaires ont demandé de la part des adolescentes un certain niveau d'engagement et de responsabilité qui a pu découragé certaines à participer.

Par ailleurs, la petite taille de notre échantillon a pu limiter la puissance statistique des analyses utilisées diminuant ainsi les probabilités de détecter une différence entre les deux groupes de participantes. En ce sens, les résultats exploratoires issus des régressions hiérarchiques ont pu être influencés par la petite taille de l'échantillon notamment en limitant le nombre de variables significatives incluses dans les modèles finaux. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence. De plus, malgré les avantages importants associés à l'homogénéité de l'échantillon, l'étude aurait pu bénéficier de l'intégration d'autres disciplines

sportives de type esthétique telle que la gymnastique. En ce qui a trait aux instruments de mesure, l'utilisation des versions francophones non validées de l'*EDE-Q* et de l'*EDI-3* constitue une limite à cette étude. Il importe de mentionner que le niveau plus faible de cohérence interne obtenu à l'échelle d'Ascétisme du *EDI-3* soulève des réserves quant à la fidélité de l'échelle. De plus, les questionnaires utilisés évaluaient les caractéristiques personnelles des participantes de manière globale, alors que certains auteurs soulignent la pertinence d'évaluer les différentes dimensions d'un même construit afin d'en saisir la spécificité (de Bruin et al., 2011; Voelker et al., 2014). Il serait donc souhaitable dans des recherches futures que les variables à l'étude soient évaluées avec des outils psychométriques plus précis qui permettent d'obtenir un portrait plus spécifique du lien qui unit certaines caractéristiques personnelles aux ACIAI chez les athlètes. Par exemple, bien qu'exploratoires, les résultats issus de cette étude suggèrent que l'intensité des symptômes boulimiques serait associée dans les deux groupes à des caractéristiques psychologiques conceptuellement très proches impliquant la reconnaissance et la gestion des émotions soit la dysrégulation émotionnelle et le déficit intéroceptif. Il pourrait s'avérer pertinent d'étudier cette différence à l'aide d'outils permettant d'évaluer plus spécifiquement chacun de ces concepts. Nous suggérons également que cette recherche soit reproduite auprès de plus grands échantillons similaires afin de valider les résultats obtenus.

Références

- Abusabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health related behavior. *Journal of American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16(1), 88-92.
- Anderson, C., & Petrie, T. A. (2012). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among NCAA Division 1 female collegiate gymnasts and swimmers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83, 120-124.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Bergstorm, R. L., & Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(9), 975-1000.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*, 7(1), 79-90.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. Dans R. Vigersky (dir.), *Anorexia nervosa* (p. 1-10). New York: Raven Press.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. M. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Camargo, C. T. A., Gomez-Campos, R. A., Cossio-Bolanos, M. A., Barbeta, V. J. D., Arruda, M., & Guerra, G. (2014). Growth and body composition in Brazilian female rhythmic gymnastics athletes. *Journal of Sports Sciences*, 32(19), 1790-1796.
- Claessens, A. L., Lefevre, J., Beunen, G., & Malina, R. M. (1999). The contribution of anthropometric characteristics to performance scores in elite female gymnasts. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 39, 355-360.

- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 1-16.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Strychar, I. (2010). French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *European Eating Disorders Review, 18*(3), 234-243.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., & Bakker, F. C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise, 8*(4), 507-520.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., Bakker, F. C., & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: The contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review, 19*(3), 201-215.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). Dans C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 309-314). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2249-2255.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-528.
- Ferrand, C., Champely, S., & Filaire, E. (2009). The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise, 10*(3), 373-380.
- Ferrand, C., Magnan, C., & Philippe, R. A. (2005). Body-esteem, body mass index, and risk for disordered eating among adolescents in synchronized swimming. *Perceptual and Motor Skills, 101*(3), 877-884.

- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcao, M. (2013). Individual and relational risk factors for the development of eating disorders in adolescent aesthetic athletes and general adolescents. *Eating and Weight Disorders, 18*, 403-411.
- Fulkerson, J. A., Keel, P. K., Leon, G. R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders, 26*(1), 73-79.
- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3*. Florida: PAR.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics, 48*(1-4), 170-175.
- Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N., & Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: the role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review, 22*, 346-351.
- Gould, D., Dieffenbach, K., & Moffett, A. (2002). Psychological characteristics and their development in Olympic champions. *Journal of Applied Sport Psychology, 14*, 172-204.
- Gould, D., & Maynard, I. (2009). Psychological preparation for the Olympic Games. *Journal of Sports Sciences, 27*, 1393-1408.
- Greydanus, D., & Patel, D. R. (2002). The female athlete before and beyond puberty. *Pediatric Clinics of North America, 49*(2), 553-580.
- Hanton, S., Neil, R., & Mellalieu, S. D. (2008). Recent developments in competitive anxiety direction and competition stress research. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 1*(1), 45-57.
- Hausenblas, H. A., & Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 21*(3), 230-258.
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology, 13*(3), 323-339.
- Johnson, M. D. (1994). Disordered eating in active and athletic women. *Clinics in Sports Medicine, 13*(2), 355-369.

- Jones, M. V. (2012). Emotion regulation and performance. Dans S. M. Murphy (dir.), *The Oxford Handbook of Sport and Performance Psychology* (p. 154-172). New York: Oxford University Press.
- Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(4), 375-382.
- Lane, A. M., Beedies, C. J., Jones, M. V., Uphill, M., & Devonport, T. (2012). The base expert statement on emotion regulation in sport. *Journal of Sports Sciences 30*(11), 1189-1195.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Leung, F., Geller, J., & Katzman, M. (1996). issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 19*(3), 249-256.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination--Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 349-351.
- Petrie, T., & Greenleaf, C. (2007). Eating disorder in sport. Dans G. Tenenbaum & R. Eklund (dir.), *Handbook of sport psychology* (3^e éd., p. 352-378). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & DiClemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 39*(5), 376-384.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.
- Purcell, L. K. (2013). La nutrition sportive des jeunes athlètes. *Pediatric Child Health, 18*(4), 203-205.
- Robazza, C., Bortoli, L., & Hanin, Y. (2004). Precompetition emotion, bodily symptoms, and task-specific qualities as predictors of performance in high-level karate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*, 151-165.
- Rodriguez, N. R., DiMarco, N. M., & Langley, S. (2009). Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and athletic performance. *J Am Diet Assoc, 109*(3), 509-527.

- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. M., & Chabrol, H. (2005). Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *L'Encephale: Revue de psychiatrie clinique biologique et therapeutique*, 31(2), 162-173.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2007). Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, 40(6), 388-393.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa; valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Stice, E., Marti, N., & Rhode, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment and course of proposed DSM-5 eating disorders diagnoses in a 8 years prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457.
- Stirling, A., & Kerr, G. (2012). Perceived vulnerabilities of female athletes to the development of disordered eating behaviours. *European Journal of Sport Science*, 12(3), 262-273.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3, 29-40.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 112-121.
- Szymanski, M. L., & Cash, T. F. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: Expansion of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(2), 134-146.
- Thomas, J., Keel, P., & Heatherton, T. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 263-268.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. (2010). *Eating Disorders in Sport*. New York: Routledge.

- Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (1999). "Good athlete" traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 7(3), 181-190.
- Turgeon, M.-È. K., Meilleur, D., & Blondin, S. (2015). Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(3), 175-182.
- Viaud, B. (2008). L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives. *L'Harmattan*, 2(44), 57-76.
- Voelker, D. K., Gould, D., & Reel, J. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in female figure skaters. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 696-704.
- Wagstaff, C. R. (2014). Emotion regulation and sport performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 401-412.
- Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1992). Pathology and development of eating disorders: implications for athletes. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 115-127). Malvern, PA: Lea & Febiger.

4. Discussion

Si les études tendent à démontrer les conséquences positives que peut avoir la pratique d'une activité physique régulière sur la santé physique et mentale des adolescents (Jewett et al., 2014), peu d'entre elles se sont intéressées aux jeunes qui pratiquent leur sport au plus haut niveau de leur discipline. Dans ce contexte particulier, les enjeux de performance sportive s'imbriquent aux tâches développementales propres à cette période de vie. Si la réussite athlétique est plus que jamais valorisée dans nos sociétés, plusieurs auteurs ont soulevé l'hypothèse voulant que la pratique sportive de haut niveau puisse rendre l'adolescent vulnérable à certaines problématiques telles que les troubles des conduites alimentaires (TCA) (Carrier, 2000; Purper-Ouakil, Michel, Baup, & Mouren-Simeoni, 2002). À cet effet, la pratique de sports de type esthétique a été identifiée comme un facteur de risque potentiel à l'adoption d'attitudes et de comportements inappropriés à l'égard de l'alimentation et de l'image corporelle (ACIAI). Deux hypothèses ont été proposées pour expliquer ce risque : 1) le rapport particulier qui unit la performance athlétique dans ce type de sport à certains attributs corporels tels que la minceur; 2) le recoupement entre les caractéristiques personnelles valorisées et recherchées dans le milieu sportif de haut niveau et celles retrouvées dans le portrait clinique de jeunes filles souffrant d'un TCA.

Les quelques études qui se sont intéressées à comparer l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA chez des jeunes athlètes pratiquant un sport esthétique de haut niveau à celles d'adolescentes non athlètes présentent toutefois des résultats contradictoires (Ferrand, Champely, & Filaire, 2009; Ferrand, Magnan, & Philippe, 2005; Francisco, Narciso, & Alarcao, 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, &

Korte, 2007). De plus, même si plusieurs travaux qualitatifs font état de la singularité du profil psychologique des athlètes de haut niveau (Gould & Maynard, 2009; Thompson & Sherman, 1999), très peu d'études empiriques se sont employées à comparer les caractéristiques personnelles des jeunes sportifs élites à celles de leurs homologues non-athlètes. La divergence et le manque de données relatives à l'influence de ces caractéristiques personnelles sur l'intensité des ACIAI déployée par les jeunes athlètes en sport esthétique restreignent également notre compréhension actuelle de la problématique. Considérant les risques importants que peuvent avoir l'adoption d'ACIAI et le développement d'un TCA sur la santé physique et mentale des jeunes, une investigation plus approfondie de cette problématique auprès de la population athlétique s'avérait nécessaire et pertinente.

Afin de pallier les limites actuelles de la recherche, l'objectif général de cette thèse visait à approfondir les connaissances entourant la présence d'ACIAI et des TCA chez un groupe d'adolescentes athlètes québécoises de haut niveau en sport esthétique. Pour concrétiser cet objectif, deux études ont été réalisées. La première avait comme objectif de comparer l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA mesurées chez un groupe d'adolescentes athlètes pratiquant un sport esthétique à un haut niveau à celles d'un groupe d'adolescentes non athlètes. La deuxième étude a été structurée en deux objectifs. Tout d'abord, comparer les deux groupes sur certaines caractéristiques personnelles, soit l'insatisfaction de l'image corporelle (IIC), le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), le perfectionnisme (P), l'ascétisme (As), la dysrégulation émotionnelle (DÉ) et le déficit intéroceptif (DI). Enfin, comparer de manière exploratoire les caractéristiques personnelles parmi celles à l'étude qui sont associées aux ACIAI dans chacun des groupes. Afin d'intégrer

ces deux études aux écrits empiriques disponibles, une synthèse des principaux résultats obtenus sera d'abord réalisée puis ceux-ci seront comparés avec ceux obtenus dans d'autres études portant sur le sujet. Les apports distinctifs de la thèse et les principales limites des études seront par la suite discutés. Enfin, des pistes seront élaborées afin d'orienter les recherches futures et des implications cliniques concrètes seront proposées.

4.1 Synthèse des principaux résultats obtenus

4.1.1 Premier article

L'évaluation de l'intensité des ACIAI et de la prévalence des TCA a été réalisée dans le premier article en employant deux outils psychométriques largement utilisés en recherche soit le *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0, Fairburn & Beglin, 2008)* et trois échelles du *Eating Disorder Inventory (EDI-3, Garner, 2004)*. En somme, contrairement à l'hypothèse initialement énoncée, les résultats de cette première étude suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les adolescentes athlètes et non athlètes quant à l'intensité des ACIAI et à la prévalence des TCA. Parmi les cinq études répertoriées ayant été réalisées spécifiquement auprès d'adolescentes pratiquant un sport esthétique à un niveau élite, deux ont obtenu des résultats similaires (Ferrand et al., 2005; Salbach et al., 2007). Par ailleurs, au plan descriptif, il est intéressant de constater que les moyennes obtenues dans les deux groupes aux trois échelles du *EDI-3* (Recherche de minceur, Boulimie et Insatisfaction corporelle) sont comparables à celles obtenues auprès d'un échantillon normatif composé d'adolescentes recrutées dans plusieurs pays (Garner, 2004). Pour plus de détails, un tableau comparatif des résultats obtenus a été placé à l'annexe II. De plus, selon les normes proposées par Carter, Stewart et Fairburn (2001), élaborées à partir d'un échantillon d'adolescentes d'origine

anglaise, les moyennes des scores obtenus par les jeunes athlètes et non athlètes sur les sous-échelles Restriction, Poids, Silhouette, Nourriture et le Score global du *EDE-Q* situent les participantes des deux groupes entre le 50^e et le 60^e percentile. Ainsi, non seulement les athlètes de l'échantillon présentent une intensité d'ACIAI comparable à celle d'un groupe d'adolescentes non athlètes québécoises, mais elle se compare également aux normes de référence obtenues à partir d'échantillons d'adolescentes non sportives provenant d'autres pays occidentaux.

Les résultats issus du premier article ont également permis de comparer la prévalence de TCA dans les deux groupes à l'aide des pourcentages de participantes qui présentaient un score supérieur ou égal à quatre sur l'échelle globale du *EDE-Q* tel que proposé par Fairburn et Beglin (2008). Selon les résultats obtenus, 4,3% des adolescentes du groupe de contrôle et 3,85% des athlètes présenteraient un TCA de sévérité clinique. Cette différence n'est toutefois pas significative. Par ailleurs, les résultats des analyses statistiques n'ont pas révélé de différence entre les deux groupes en ce qui a trait à l'usage de certains comportements compensatoires. Ainsi, un nombre comparable d'athlètes et de non-athlètes ont rapporté avoir fait usage d'exercice physique excessif, de laxatifs et de vomissements provoqués au cours des 28 jours précédents leur participation à l'étude. Au plan descriptif, il est préoccupant de constater les pourcentages élevés d'adolescentes des deux groupes qui rapportent avoir adopté ces types de comportements. Rappelons que 3,2% des adolescentes du groupe de contrôle et 7,84% des athlètes de l'échantillon ont mentionné avoir fait usage des vomissements provoqués et que 39,80% des participantes non athlètes et 45,01% des athlètes ont rapporté

avoir utilisé l'exercice physique excessif. En ce qui a trait au laxatif, 5,4% des adolescentes du groupe de contrôle et 3,92% des athlètes de l'échantillon en aurait fait usage.

Ainsi, même si elles doivent composer avec les demandes spécifiques de leur sport quant à l'idéal corporel associé à la performance dans leur discipline et les défis inhérents de l'adolescence, les jeunes athlètes de l'échantillon ne rapportent pas plus d'ACIAI et ne présentent pas plus de TCA que les participantes non sportives. Les résultats de cette étude sont difficilement comparables à ceux obtenus dans d'autres travaux sur le sujet en raison de l'hétérogénéité des échantillons constitués. En effet, la majorité des études contrôlées qui ont évalué la prévalence de TCA ou l'intensité d'ACIAI chez des athlètes pratiquant un sport esthétique ont été réalisées auprès d'échantillons constitués de sportives de tous âges confondus (enfants, adolescents, adultes) et de niveaux de compétition variés ou non documentés. Parmi ces études, plusieurs ont trouvé des taux d'ACIAI ou de TCA plus élevés chez les athlètes en sport esthétique (de Bruin, Oudejans, & Bakker, 2007; Herbrich, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Schneider, 2011; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004) alors que d'autres non pas relevé de différence (Bachner-Melman, Zohar, Ebsstein, Elizur, & Constantini, 2006; Okano et al., 2005). Il est également difficile de comparer aux résultats des autres études les pourcentages de participantes athlètes et non athlètes de notre échantillon qui ont utilisé l'exercice physique excessif, les laxatifs et les vomissements provoqués. En effet, si notre étude s'intéressait aux comportements compensatoires adoptés par les adolescentes spécifiquement au cours des 28 derniers jours, cette précision n'est toutefois pas abordée dans les autres travaux. Ce faisant, il est difficile de savoir si les participantes de ces études ont répondu avoir fait l'usage de ces comportements

compensatoires à un moment donné au courant de leur vie ou dans un intervalle de temps précis.

4.1.2 Deuxième article

En ce qui a trait au premier objectif qui était de comparer les deux groupes sur certaines caractéristiques personnelles, les analyses ont indiqué que les athlètes de l'échantillon présentaient un niveau plus faible de sentiment d'efficacité personnelle envers l'alimentation normative (SEP-AN). Ce résultat suggère que les athlètes entretiennent un niveau de confiance plus faible en leur capacité de s'alimenter sans ressentir de détresse émotionnelle (culpabilité et anxiété) ou sans adopter des comportements alimentaires inappropriés (restriction alimentaire, crise de boulimie, purge, exercice physique excessif). À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'avait évalué le niveau de SEP-AN chez cette population spécifique. Il est par contre possible de comparer ces résultats à ceux issus d'une étude réalisée à l'aide du *Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f (EDRSQ-f)* auprès d'un échantillon de jeunes adultes québécoises non sportives (Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe, & Strychar, 2010) qui rapportent une moyenne plus élevée à l'échelle de SEP-AN ($M = 4,3$; $É-T = 0,8$) que les athlètes de notre échantillon ($M = 4,03$; $É-T = 0,9$). Par ailleurs, selon les résultats obtenus, les athlètes de l'échantillon présentent une meilleure capacité de régulation émotionnelle comparativement aux adolescentes du groupe de contrôle. Ces résultats appuient les travaux qualitatifs de chercheurs qui suggèrent que la capacité de régulation émotionnelle serait une caractéristique des athlètes qui pratiquent un sport à des niveaux de compétition élite (Gould & Maynard, 2009).

Quant aux autres variables à l'étude, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes sur les niveaux d'IMC, d'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) et de sentiment d'efficacité personnelle envers l'image corporelle (SEP-IC). Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans d'autres études effectuées auprès d'échantillons comparables (Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011; Salbach et al., 2007). Ainsi, même si elles doivent développer et maintenir certaines caractéristiques corporelles spécifiques pour la réalisation de performances à des niveaux de compétition élevés, les athlètes de l'échantillon ne sont ni plus ni moins insatisfaites de leur image corporelle que les adolescentes non sportives. Par ailleurs, selon les résultats obtenus, les adolescentes athlètes et les non-athlètes présentent des niveaux comparables d'ascétisme, de perfectionnisme et de déficit intéroceptif. Ces résultats nuancent ceux issus des études qualitatives qui suggèrent que les athlètes de haut niveau présentent un profil psychologique particulier se caractérisant entre autres par des niveaux plus élevés de perfectionnisme (P), d'ascétisme (As) et de déficit intéroceptif (DI) (Gould, Dieffenbach, & Moffett, 2002; Thompson & Sherman, 1999). Quant aux travaux empiriques disponibles, quatre études ont rapporté des taux similaires de perfectionnisme (Francisco et al., 2013; Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999; Salbach et al., 2007) et d'ascétisme (Salbach et al., 2007) entre des jeunes athlètes élites en sport esthétique et des jeunes non athlètes.

De nature exploratoire, le second objectif de la deuxième étude visait à comparer les caractéristiques personnelles qui sont associées aux ACIAI dans chacun des groupes tels que mesurés par les échelles Recherche de minceur et Boulimie du *EDI-3* et le score global au *EDE-Q*. Une fois l'âge et l'IMC contrôlés, les résultats démontrent que le SEP-AN et l'IIC

mesuré à l'aide du *Body Shape Questionnaire (BSQ)* contribuent à prédire dans chaque groupe la Recherche de minceur et le résultat global au *EDE-Q*. Les modèles prédictifs obtenus pour le score global du *EDE-Q* expliquent 85% de la variance obtenue dans le groupe athlète et 88% dans le groupe de contrôle. Quant à la Recherche de minceur, 83% de la variance a été expliquée par le modèle final dans le groupe athlète et 76% dans le groupe de contrôle. Le SEP-AN a également été associé dans les deux groupes à l'intensité des symptômes boulimiques. Les modèles obtenus diffèrent cependant quant aux variables prédictives principales. Chez les athlètes de l'échantillon, l'intensité des conduites boulimiques a été associée à la dysrégulation émotionnelle (DÉ), alors qu'elle a été davantage liée au déficit intéroceptif (Di) chez les adolescentes non sportives. Les modèles prédictifs pour l'intensité des symptômes boulimiques ont permis d'expliquer 59% de la variance retrouvée dans le groupe athlète et 43% dans le groupe de contrôle.

4.1.3 Intégration des résultats des deux études

Ensembles, les résultats du premier et du second article ne permettent pas de conclure que la pratique d'un sport esthétique à un haut niveau pourrait constituer un facteur de risque à l'adoption d'ACIAI et au développement d'un TCA chez les adolescentes. Ces résultats vont à l'encontre de plusieurs études qui suggèrent que la pratique d'un sport esthétique constituerait un environnement propice au développement des désordres alimentaires (de Bruin et al., 2007; Herbrich et al., 2011; Smolak et al., 2000; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Même si les deux groupes à l'étude ne se distinguent pas quant à l'intensité de leurs ACIAI, leur prévalence de TCA, leur âge ainsi que leur IMC, des différences significatives ont été relevées quant à certaines caractéristiques personnelles soit au niveau du SEP-AN et de la DÉ.

Considérant la nature transversale des devis de recherche utilisés dans les études, nous ne pouvons pas conclure que la pratique d'un sport esthétique favorise le développement de ces caractéristiques. Comme le souligne Afflelou (2009), il est possible que les individus qui possèdent naturellement certaines caractéristiques personnelles soient davantage attirés par la pratique sportive de haut niveau. Par exemple, les adolescentes qui ont la propension à entretenir un faible SEP-AN ont peut-être tendance à rechercher un environnement dans lequel elles peuvent obtenir le soutien et l'encadrement nécessaire afin de pallier ce manque de confiance en leurs propres capacités à s'alimenter sainement. Dans ce cas, la pratique d'un sport esthétique de haut niveau pourrait aider les individus vulnérables à réguler leurs comportements alimentaires à travers la nécessité de maintenir un équilibre entre les besoins énergétiques du corps et la recherche des caractéristiques corporelles idéalisées pour la performance. De plus, soulignons qu'à ce niveau de compétition, les athlètes peuvent potentiellement bénéficier plus facilement du savoir-faire de spécialistes qui peuvent les guider dans leurs choix alimentaires et les aider à organiser leur quotidien en conséquence. En ce sens, il est également possible que les athlètes qui débudent leur sport très tôt dans l'enfance prennent l'habitude de se référer à ces spécialistes pour gérer leur alimentation ce qui pourrait limiter le développement de leur habileté à s'alimenter sainement au quotidien. À cet effet, rappelons que les athlètes de l'échantillon ont débuté leur sport en moyenne à l'âge de 7 ans et qu'elles le pratiquent depuis plus de 8 ans.

Ainsi, même si les adolescentes athlètes ont moins confiance en leur capacité de s'alimenter sainement, il est peut-être possible pour elles de se référer à un cadre externe afin d'obtenir le soutien nécessaire. Dans cette situation, la pratique d'un sport esthétique à un haut

niveau pourrait donc constituer un facteur de protection face à l'adoption d'ACIAI et ultimement au développement d'un TCA. Cette hypothèse pourrait contribuer à expliquer pourquoi on retrouve un niveau de SEP-AN significativement plus faible chez les athlètes, sans pour autant qu'il y ait davantage de désordres alimentaires (ACIAI ou TCA) dans le groupe. Notons que les résultats du deuxième article ont mis en lumière l'importance du SEP-AN comme variable prédictrice des trois mesures d'ACIAI tant chez les athlètes que chez les non-athlètes. De plus, il est possible que seules les athlètes possédant de bonnes capacités de régulation émotionnelle aient été en mesure de maintenir le niveau de performance nécessaire afin de conserver leur place dans l'élite de leur discipline. Comme il a été abordé dans l'introduction, certains comportements alimentaires inappropriés tels que les crises de boulimie pourraient être utilisés de manière à pallier un déficit des processus de régulation émotionnelle lorsque la personne expérimente une situation impliquant une intensité affective importante (Godwin, Haycraft, & Meyer, 2014). Les bonnes capacités de régulation émotionnelle des athlètes pourraient faire en sorte qu'elles sont plus à même de gérer les affects négatifs générés par exemple par un faible SEP-AN. Cette hypothèse va dans le même sens que les résultats issus du deuxième article selon lesquels le modèle prédictif des symptômes boulimiques chez les athlètes est constitué de deux variables, soit la DÉ et un faible SEP-AN.

4.2 Apports distinctifs de la thèse et implications théoriques

L'apport principal de cette thèse réside dans le fait qu'elle constitue la première description de la problématique des désordres alimentaires chez des athlètes québécoises de haut niveau en sport esthétique. De plus, contrairement à la majorité des études effectuées

dans le domaine, celles réalisées dans le cadre de cette thèse portaient exclusivement sur des participantes adolescentes. Étant donné les changements cruciaux qui s'opèrent au cours de cette période de vie tant au niveau physiologique que psychologique, il était nécessaire d'étudier spécifiquement cette population en fixant des limites d'âge précises pour la sélection des participantes soit de 12 à 19 ans. De plus, afin d'obtenir le portrait des athlètes de haut niveau, il était essentiel d'homogénéiser et de documenter leur degré d'engagement dans le sport. Pour ce faire, deux critères de sélection ont été retenus soit de prendre part à des compétitions de niveau provincial, national ou international et s'entraîner un minimum de 12 heures par semaine. L'application de ces critères d'inclusion précis a potentiellement influencé les résultats obtenus dans les deux études de cette thèse. En effet, si la pratique d'un sport esthétique constitue un facteur de risque au développement d'un TCA, il est possible que les caractéristiques spécifiques des athlètes de l'échantillon telles que leur jeune âge et le niveau d'engagement élevé dans leur sport constituent des facteurs de protection. Des nuances doivent donc être apportées à la croyance populaire voulant que les athlètes qui pratiquent ce type de sport soient plus vulnérables à l'adoption d'ACIAI et au développement d'un TCA que les non-athlètes. La force de cette thèse tient également à la présence d'un groupe de contrôle constitué d'adolescentes non athlètes du même âge ayant été recrutées dans quatre écoles secondaires différentes, soit deux institutions privées et deux publiques. Rappelons que pour être considérée comme non-athlète, les participantes devaient également rencontrer deux critères, c'est-à-dire faire moins de quatre heures d'activité physique par semaine et ne pas pratiquer de sport de type esthétique. Si la rigueur méthodologique appliquée dans la sélection des participantes a sans doute limité la taille de l'échantillon, elle a également permis d'augmenter de manière significative la portée interprétative des résultats obtenus. Ainsi,

l'homogénéité retrouvée dans le groupe athlètes en ce qui a trait à l'âge des participantes, au type de sport pratiqué, au niveau de compétition ainsi qu'au nombre d'heures d'entraînement constitue une qualité non négligeable de cette thèse. Notons par ailleurs que l'utilisation de questionnaires standardisés et largement utilisés en recherche contribue à augmenter la validité des résultats.

Un autre apport significatif de cette thèse est son aspect novateur quant au choix des variables à l'étude. En effet, aucune autre étude à ce jour ne s'était intéressée au sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative (SEP-AN) en lien avec les ACIAI chez une population d'athlètes. Cette caractéristique personnelle s'est avérée être l'un des prédicteurs les plus importants dans les modèles obtenus pour les trois mesures d'ACIAI utilisées, et ce, dans les deux groupes. Ces résultats devront être considérés dans l'élaboration de modèles théoriques permettant d'expliquer l'intensité des ACIAI adoptée par les athlètes. Par ailleurs, bien qu'exploratoires, les résultats issus du deuxième article montrent que des caractéristiques personnelles similaires permettent de prédire l'intensité des ACIAI chez les athlètes et les non-athlètes. La tendance à rechercher la minceur et la présence de symptômes boulimiques chez l'adolescente ne devraient donc pas être normalisées ou banalisées lorsque celle-ci pratique un sport de type esthétique à un niveau élevé de performance.

4.3 Limites principales des études

Les résultats de cette thèse doivent être nuancés par les limites des deux études réalisées. Tout d'abord, malgré les avantages importants associés à l'homogénéité de l'échantillon et aux niveaux élevés de compétition auxquels prennent part les athlètes, la petite

taille du groupe athlète a pu limiter la puissance statistique des analyses utilisées diminuant ainsi les probabilités de détecter une différence entre les deux groupes de participantes. Ainsi, les résultats exploratoires issus des régressions hiérarchiques de la deuxième étude ont pu être influencés par la petite taille de l'échantillon, notamment en limitant le nombre de variables significatives incluses dans les modèles finaux. C'est pourquoi ces résultats doivent être interprétés avec prudence. De plus, comme il a été soulevé dans le premier article, l'échantillon de notre étude diffère de ceux des études similaires, par l'absence d'athlètes provenant d'autres disciplines esthétiques, notamment la gymnastique. Il est à noter que ce sport est représenté dans les trois études réalisées auprès de participantes adolescentes dont les résultats démontrent que les athlètes élites adoptent davantage d'ACIAI que les adolescentes non athlètes (Ferrand et al., 2009; Francisco et al., 2013; Krentz & Warschburger, 2011). Le fait que cette discipline ne soit pas représentée dans l'échantillon a peut-être influencé les résultats obtenus dans les deux études. Nous tenons également à souligner que la participation à cette recherche nécessitait l'obtention d'un consentement parental pour les jeunes filles âgées de moins de 18 ans. Malgré les mesures mises en place pour assurer la confidentialité des adolescentes, les participantes présentant un niveau élevé d'ACIAI ou un TCA ont peut-être refusées de participer à l'étude. D'autres se sont peut-être abstenues de manière à éviter les questionnements de leurs parents relativement à leurs habitudes alimentaires. En effet, pour maintenir des comportements alimentaires inappropriés, les jeunes filles peuvent être amenées à s'isoler et à cacher ce type de comportement à leur entourage (APA, 2013). Il est donc possible que nous n'ayons pas été en mesure de capter de manière valide l'étendue et l'intensité de la problématique des désordres alimentaires dans la population adolescente athlète et non athlète.

En ce qui a trait aux instruments de mesure, le premier article fait état des limites associées aux outils psychométriques utilisés, notamment l'*EDE-Q*. En somme, malgré le fait qu'il s'agisse du seul questionnaire standardisé disponible pour l'évaluation diagnostique des TCA, des doutes ont été soulevés quant à la capacité de l'instrument à refléter l'intensité réelle du désordre alimentaire chez la population adolescente (Couturier & Lock, 2006). Une des raisons proposée est que les adolescentes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie auraient davantage tendance à nier les symptômes associés à leur trouble que les adultes qui présentent ces problèmes (Fisher, Schneider, Burns, Symon, & Mandel, 2001). L'utilisation exclusive de questionnaires dans l'évaluation des désordres alimentaires chez cette population spécifique est donc possiblement questionnable.

L'emploi de données auto-rapportées dans le calcul de l'IMC (taille et poids des participantes) comporte également certaines limites. En effet, il est possible que les adolescentes aient tendance à sous-rapporter leurs poids en raison d'un biais associé à la désirabilité sociale (Monsma & Malina, 2004). De plus, les jeune filles n'ont peut-être pas toujours conscience de la rapidité avec laquelle les changements s'opèrent dans leur corps au cours de cette période de vie, ce qui pourrait les amener à sous-estimer leur gain de taille et de poids (Himes & Faricy, 2001). Par ailleurs, certains auteurs questionnent la possibilité de comparer de manière valide les IMC des athlètes et des non-athlètes. En effet, l'IMC chez les athlètes ne serait pas un bon indicateur de leur état de minceur, mais serait davantage associé à leur poids (Malina, Bouchard, & Bar Or, 2004). Leur poids serait influencé par la composition corporelle de la personne, soit les pourcentages de masse adipeuse et de masse musculaire.

Considérant le volume et l'intensité de l'entraînement physique chez les athlètes de haut niveau, il est fort probable que leur composition corporelle diffère significativement des individus au mode de vie plus sédentaire par un taux de masse musculaire plus élevé et une masse adipeuse plus faible (Malina et al., 2004). Ainsi, à IMC égale, les athlètes de haut niveau tendraient à avoir une silhouette plus mince et les muscles plus développés que les non-athlètes (Davis, 1992). En ce sens, même si les moyennes d'IMC des deux groupes à l'étude dans cette thèse sont similaires, il est possible de croire que les silhouettes des athlètes de l'échantillon étaient plus filiformes et musculaires que celles des adolescentes non athlètes. Cette hypothèse amène à revoir les niveaux comparables d'insatisfaction de l'image corporelle (IIC) rapportés par les adolescentes athlètes et non athlètes de l'échantillon. En effet, considérant la probabilité que les athlètes de haut niveau en sport esthétique possèdent certaines caractéristiques valorisées et idéalisées dans la société telles que la minceur, il aurait été possible de s'attendre à ce que les sportives de notre échantillon rapportent des niveaux plus faibles d'IIC que les jeunes non athlète; cela n'a pas été le cas.

Des questionnements demeurent en suspens également concernant l'opérationnalisation du concept d'exercice physique excessif chez des athlètes de haut niveau. Chez les jeunes filles souffrant d'un TCA, l'exercice physique excessif ou hyperactivité est décrite comme l'adoption d'une activité physique répétitive motivée par la volonté de dépenser des calories et l'obtention d'un sentiment d'autosatisfaction (Beaumont, Arthur, Russel, & Touyz, 1994). L'exercice physique excessif ne vise donc pas la recherche de plaisir, mais se rapprocherait davantage à une obligation routinière pouvant être ritualisée (Beaumont et al., 1994). Malgré cette définition, les données actuelles disponibles dans la recherche

manque de précision quant à la nature exacte des activités physiques pratiquées avec excès (Moscone, Leconte, & Le Scanf, 2014). Ainsi, ce qui est considéré comme une intensité ou un volume d'entraînement excessif chez une adolescente non athlète peut ne pas être interprété de la même façon dans un contexte sportif de haut niveau. Dans cet environnement particulier, la mise en place de ce type de comportements pourrait passer plus facilement inaperçu ou être interprété comme une marque d'engagement de l'athlète dans son sport. La nature interprétable du concept d'exercice physique excessif nous amène à questionner la validité des comparaisons qu'il est possible de faire avec des athlètes de haut niveau dont le mode de vie axé sur l'entraînement physique teinte possiblement la perception et l'évaluation qu'ils font de leurs propres comportements. De plus, considérant que l'exercice physique excessif a été évalué à partir d'une seule question dans le cadre de cette thèse, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

4.4 Recherches futures

À la lumière des résultats obtenus et des limites identifiées dans les deux études réalisées pour cette thèse, quelques avenues de recherches futures seront proposées.

Tout d'abord, il a été proposé que le niveau élevé dans lequel les athlètes de l'échantillon évoluent puisse constituer un facteur de protection face à l'adoption d'ACIAI et au développement d'un TCA. En effet, il est possible que les athlètes élites puissent bénéficier plus facilement de l'expertise de professionnels relativement à leur alimentation. Considérant l'âge des athlètes de notre échantillon, il se peut également qu'elles fassent l'objet d'une supervision plus étroite de la part de leurs parents et de leur entraîneur quant à leurs habitudes

de vie, et ce, contrairement aux athlètes d'âge adulte. De plus, rappelons que pour performer de manière optimale, l'athlète de haut niveau a besoin de maintenir un équilibre entre ses besoins énergétiques et musculaires et les caractéristiques corporelles (poids corporel, silhouette mince) idéales pour son sport. Ainsi, par ses impératifs de performance et par la qualité de l'encadrement qu'il peut offrir aux jeunes athlètes, l'environnement sportif de haut niveau en sport esthétique pourrait constituer un milieu protecteur face au développement des TCA. Afin de vérifier cette supposition, il pourrait être pertinent de comparer les niveaux d'ACIAI et de TCA d'athlètes qui pratiquent leur sport au plus haut niveau de leur discipline à celles qui évoluent à un niveau plus faible comme relève potentielle. En effet, il est possible que le nombre d'athlètes qui ne possèdent pas les caractéristiques corporelles recherchées dans leur discipline soit plus élevé aux niveaux inférieurs de compétition. Afin d'atteindre l'élite de leur sport, certaines d'entre elles pourraient être tentées d'adopter des ACIAI dans le but de développer les qualités physiques désirées. De plus, il est probable que l'encadrement et le soutien auxquels l'athlète peut se référer afin d'obtenir de l'aide quant à l'organisation de son alimentation au quotidien soient moins présents lorsque celle-ci pratique son sport à un niveau moins élevé. Ces éléments nous amènent à proposer l'hypothèse que l'intensité des ACIAI et la prévalence des TCA seraient peut-être plus importantes chez les athlètes qui pratiquent leur sport à un niveau «sous-élite». Par ailleurs, le fait que ces athlètes «sous-élites» représentent souvent une proportion importante des participantes recrutées dans les échantillons des études portant sur le sujet contribue peut-être à l'inconsistance des résultats obtenus.

Par ailleurs, si l'environnement sportif de haut niveau en sport esthétique peut représenter un facteur de protection pour l'athlète face à l'adoption d'ACIAI, on peut toutefois

se questionner sur le devenir de ces jeunes femmes lorsque leur carrière athlétique prend fin. La réalisation d'études à devis longitudinal permettrait de mieux comprendre l'effet de la retraite du sport sur les attitudes et les comportements alimentaires des athlètes. Un questionnement demeure relativement à l'évolution de ces jeunes adultes lorsqu'elles n'ont plus à réguler leur alimentation et leur exercice physique en fonction d'un équilibre précis et qu'elles ne font plus l'objet du même encadrement. De plus, les résultats issus de la deuxième étude ont indiqué que les athlètes de l'échantillon présentaient au moment de la collecte de données un plus faible sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative (SEP-AN) que les adolescentes non athlètes. Une hypothèse a été proposée voulant que le l'encadrement sportif de haut niveau pourrait pallier le faible SEP-AN des athlètes et ainsi diminuer les risques qu'elles adoptent des ACIAI. Considérant que le SEP-AN est une caractéristique personnelle dont l'intensité peut varier à travers le temps (Bandura, 2003), il pourrait être pertinent de l'évaluer ponctuellement tout au long de la carrière de l'athlète et lorsque cette dernière s'est retirée de son sport. Une telle étude permettrait d'explorer si certaines particularités de la pratique sportive de haut niveau pourraient avoir un effet sur le niveau de SEP-AN des adolescentes. Les connaissances actuelles portant sur le SEP permettent d'identifier certaines variables spécifiques au milieu athlétique qui pourraient potentiellement avoir une influence. Par exemple, considérant, la relation qui unie les caractéristiques corporelles, l'alimentation et la performance dans les disciplines de type esthétique, les athlètes qui sont insatisfaites de leur rendement sportif entretiennent peut-être un plus faible niveau de SEP-AN que celles qui sont plus satisfaites de leurs performances. Il pourrait donc s'avérer pertinent de considérer le niveau de satisfaction de l'athlète pour sa performance sportive, et ce, en lien avec son SEP-AN.

Considérant les limites associées à l'utilisation des questionnaires dans l'évaluation des désordres alimentaires chez les adolescentes, nous croyons que l'ajout d'un volet qualitatif permettrait d'obtenir une meilleure compréhension de la problématique chez cette population et plus particulièrement chez les athlètes. La réalisation de telles études donnerait l'occasion d'approfondir les réponses des participantes et d'apporter des nuances à des notions qui sont difficilement mesurables avec des outils psychométriques validés auprès d'une population non athlétique, comme l'exercice physique excessif. Nous croyons également que la réalisation de ce type d'études pourrait permettre d'identifier certaines variables spécifiques aux adolescentes athlètes qui contribuent peut-être à l'hétérogénéité des résultats obtenus à travers dans les études à ce jour. Par exemple, nous croyons qu'il serait intéressant d'explorer la place que prend le sport dans le développement de l'identité de l'adolescente, c'est-à-dire à quel point elle se considère comme une athlète. Il est possible de croire que la force de cette identité athlétique pourrait influencer la manière et l'intensité avec laquelle l'adolescente s'investit dans son sport ainsi que les attitudes et les comportements qu'elle adopte afin de continuer à pratiquer sa discipline. De plus, les résultats de la deuxième étude suggèrent que l'intensité des symptômes boulimiques serait associée dans les deux groupes à des caractéristiques psychologiques conceptuellement très proches impliquant la reconnaissance et la gestion des émotions. Il pourrait s'avérer pertinent d'explorer plus spécifiquement cette différence en entrevue, et ce, en lien avec les ACIAI rapportés par les athlètes.

4.5 Implications cliniques

À la lumière des résultats obtenus dans les deux études, des implications cliniques peuvent être proposées. Tout à d'abord, les environnements sportifs québécois de haut niveau

représentés dans les études soit le patinage artistique, la nage synchronisée et la danse représentent peut-être des milieux qui valorisent la performance athlétique sans toutefois mettre de pression quant à l'atteinte d'un poids spécifique ou d'une silhouette idéale. Il est également possible que ces milieux sportifs soient sensibles aux problématiques de troubles alimentaires en intervenant rapidement et efficacement auprès des athlètes à risque. Rappelons néanmoins que les résultats de cette thèse devront être reproduits afin que la validité soit renforcée.

Malgré l'absence de différence significative entre les adolescentes athlètes et non athlètes sur les mesures d'ACIAI, un pourcentage élevé de participantes dans les deux groupes ont rapporté avoir utilisé des comportements compensatoires au cours des 28 jours précédents la collecte de données. Considérant l'importance du SEP-AN comme variable explicative des ACIAI chez l'ensemble des adolescentes de l'échantillon, il pourrait être pertinent d'y apporter une attention particulière dans un programme de prévention. Par exemple, nous croyons qu'il serait important que l'entourage de l'athlète soit sensible au défi que peut représenter la gestion de l'alimentation dans le contexte sportif de haut niveau à l'adolescence. En ce sens, étant donné la complexité potentielle de cette tâche, les athlètes et leurs parents devraient pouvoir, en cas de besoin, avoir accès à de l'information relative à la nutrition qui est adaptée au niveau de développement cognitif de l'adolescente, et ce particulièrement chez les plus jeunes. De plus, les athlètes pourraient bénéficier d'un volet psychoéducatif entourant la dimension affective de l'alimentation qui aborderait notamment l'anxiété et la culpabilité pouvant être associées aux comportements alimentaires normatifs. Ce volet psychoéducatif pourrait également abordé les répercussions possibles associées à l'adoption de

comportements compensatoires au plan de la santé physique et psychologique. Nous tenons à souligner que l'élaboration et l'établissement d'un tel programme devraient se faire de manière graduelle notamment par la réalisation d'un projet pilote et en s'assurant d'évaluer l'effet des interventions sur les attitudes et les comportements alimentaires adoptés par les athlètes. De plus, considérant que les résultats de notre étude ne permettent pas de supposer que les athlètes de haut niveau en sport esthétique soient plus à risque que les adolescentes non sportives au développement d'un TCA, la mise en place d'un programme de prévention appliqué à l'ensemble de cette population athlétique ne nous apparaît pas prioritaire à l'heure actuelle. Nous suggérons plutôt que l'accent soit mis sur la reproduction de cette étude afin d'en valider les résultats.

5. Conclusion

Au terme de cette thèse, nous ne sommes pas en mesure de conclure que la pratique au Québec d'un sport esthétique à un haut niveau constitue un facteur de risque à l'adoption d'ACIAI ou au développement d'un TCA chez les adolescentes. Néanmoins, la proportion importante de jeunes athlètes et de non athlètes qui rapportent avoir fait usage de certains comportements compensatoires au cours des quatre semaines précédentes la collecte de données est préoccupantes. Ces résultats suggèrent l'adoption d'un certain niveau de vigilance de la part des intervenants évoluant auprès d'adolescentes qui, par la mise en place de ces comportements compensatoires, pourraient être vulnérables au développement d'un TCA.

En ce qui a trait aux caractéristiques personnelles, les athlètes de l'échantillon se sont distinguées par des niveaux plus faibles de sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation normative (SEP-AN) et de dysrégulation émotionnelle (DÉ). Rappelons qu'un faible SEP-AN s'est révélé être l'un des prédicteur principaux des ACIAI dans les deux groupes à l'étude. Plusieurs hypothèses ont été avancées afin d'expliquer pourquoi on retrouve un niveau de SEP-AN significativement plus faible chez les athlètes, sans pour autant qu'il y ait davantage de désordres alimentaires (ACIAI ou TCA) dans le groupe. Parmi elles, deux particularités de l'environnement sportif de haut niveau ont été proposées comme facteurs de protection. Tout d'abord, le niveau d'encadrement offert aux athlètes lorsqu'elles évoluent au niveau élite de leur discipline. Puis, la nécessité pour l'athlète de maintenir un équilibre entre les besoins énergétiques du corps et la recherche des caractéristiques corporelles idéalisées pour la performance.

Dans un avenir rapproché, il serait important que les deux études qui composent cette thèse soient reproduites auprès d'échantillons similaires de manière à améliorer la validité des résultats obtenus. Afin de tester les hypothèses proposées, plusieurs avenues de recherche pourraient être empruntées, notamment les devis longitudinaux et qualitatifs. Nous croyons qu'il est donc essentiel que la recherche se poursuive dans le domaine afin d'améliorer notre compréhension des conséquences positives et négatives que peut avoir la pratique sportive de haut niveau non seulement sur les comportements alimentaires des jeunes, mais également sur leurs trajectoires développementales.

6. Bibliographie

- Abusabha, R., & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health related behavior. *Journal of American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16(1), 88-92.
- Anderson, C., & Petrie, T. A. (2012). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among NCAA Division 1 female collegiate gymnasts and swimmers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83, 120-124.
- APA. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-39.
- APA (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. (4th^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., Ebstein, R. P., Elizur, Y., & Constantini, N. (2006). How anorexic-like are the symptom and personality profiles of aesthetic athletes? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(4), 628-636.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris: De Boeck.
- Bardone-Cone, A., Abramson, L., Vohs, K., Heatherton, T., & Joiner, T. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 27-42.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405.
- Baril, G., Ouimet, A.-M., Bergeron, P., Séguin-Tremblay, R., & Gauthier, A. (2011). *Ados 12-14: les dimensions socioculturelles des pratiques alimentaires et d'activité physique des adolescents*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec
- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198-212.

- Beaumont, P. J., Arthur, B., Russel, J. D., & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patient: Proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 21-36.
- Benardot, D. (2007). Timing of energy and fluid intake: new concepts for weight control and hydration. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 11(4), 13-19.
- Bennett, N. A., Spoth, R. L., & Borgen, F. H. (1991). Bulimic symptoms in High School females: prevalence and relationship with multiple measures of psychological health. *Journal of Community Psychology*, 19(1), 13-28.
- Bergstorm, R. L., & Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(9), 975-1000.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors*, 7(1), 79-90.
- Brewer, B. W., Van Raalte, J. L., & Linder, D. E. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles heel? *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 237-254.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. Dans R. Vigersky (dir.), *Anorexia nervosa* (p. 1-10). New York: Raver Press.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, 34-51.
- Bydlowski, S. (2005). Conscience émotionnelle et alexithymie dans les troubles du comportement alimentaire à l'adolescence, . Dans H. Chabrol (dir.), *Les troubles des conduites alimentaires chez les enfants et les adolescents* (p. 59-64). Marseille, France: Solal.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. M. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Byrne, S., & McLean, N. (2001). Eating disorders in athletes: a review of the literature. *Journal of Science and Medicine*, 4(2), 145-159.
- Byrne, S., & McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94.

- Camargo, C. T. A., Gomez-Campos, R. A., Cossio-Bolanos, M. A., Barbeta, V. J. D., Arruda, M., & Guerra, G. (2014). Growth and body composition in Brazilian female rhythmic gymnastics athletes. *Journal of Sports Sciences*, 32(19), 1790-1796.
- Carapato, E. A., & Petot, J.-P. (2004). L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle. *Savoirs*, 5, 135-145.
- Carrier, C. (1999). De l'investissement sportif de haut niveau à l'adolescence. *Adolescence*, 419-434.
- Carrier, C. (2000). Modèle de l'investissement sportif de haut niveau et risque de lien addictif au mouvement. *Ann. Med. Interne*(151), 60-64.
- Carrier, C. (2002). *Le champion, sa vie, sa mort. Psychanalyse de l'exploit*. Paris: Bayard
- Carter, J. C., Stewart, D., & Fairburn, C. G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: Norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A., III. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-125.
- Claes, M., & Lannegrand-Willems, L. (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Québec, Canada: Le Presses de l'Université de Montréal.
- Claessens, A. L., Lefevre, J., Beunen, G., & Malina, R. M. (1999). The contribution of anthropometric characteristics to performance scores in elite female gymnasts. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 39, 355-360.
- Clausen, L., Rosenvinge, J., Friberg, O., & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): a comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 101-110.
- Clérout, M. (2014). *Programme de soutien au développement de l'excellence (PSDE) 2013-2017*. Montréal: Gouvernement du Québec.
- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). *Psychologue de l'adolescence* (3^e éd.). Montréal, Québec, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cobb, K. L. (2006). Eating disorders in athletes: a review of the literature. Dans P. I. Swain (dir.), *Eating disorders: new research* (p. 65-98). New York: Nova Science Publishers.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.

- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 807-812.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, *93*(3), 263-266.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Strychar, I. (2010). French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *European Eating Disorders Review*, *18*(3), 234-243.
- Couturier, J. L., & Lock, K. (2006). Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 426-433.
- Cox, R. H. (2005). *Psychologie du sport*. Paris: De Boeck.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, *31*(2), 166-175.
- Crossini, R. (2002). *The Dictionary of Psychology*. New York: Brunner Routledge.
- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviors, and personality-factors: a study of high-performance female athletes. *International Journal of Sport Psychology*, *23*(3), 179-192.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., & Bakker, F. C. (2007). Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise*, *8*(4), 507-520.
- de Bruin, A., Oudejans, R. R., Bakker, F. C., & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: The contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review*, *19*(3), 201-215.
- de Oliveira Coelho, G. M., de Abreu Soares, E., & Ribeiro, B. G. (2010). Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite*, *55*(3), 379-387.
- DiBartolo, P. M., & Shaffer, C. (2002). A comparison of female college athletes and nonathletes: Eating disorder symptomatology and psychological well-being. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *24*(1), 33-41.
- Dosil, J. (2008). *Eating Disorders in Athletes*. Wiley.

- Duclos, K. (2003). *Adolescence et sport de haut niveau; une rencontre à l'extrême du corps*. Communication présentée Première Biennale de l'AFRAPS; Éducation pour la santé, Dunkerque, France.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). Dans C. G. Fairburn (dir.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (p. 309-314). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2249-2255.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*, 407-416.
- Ferrand, C., Champely, S., & Filaire, E. (2009). The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*, *10*(3), 373-380.
- Ferrand, C., Magnan, C., & Philippe, R. A. (2005). Body-esteem, body mass index, and risk for disordered eating among adolescents in synchronized swimming. *Perceptual and Motor Skills*, *101*(3), 877-884.
- Filaire, E., Rouveix, M., & Bouget, M. (2008). Eating disorders in athletes. *Science & Sports*, *23*(2), 49-60.
- Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M., & Pannafieux, C. (2007). Prevalence of eating disorders in athletes. *Science & Sports*, *22*(3-4), 135-142.
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symon, H., & Mandel, F. S. (2001). Difference between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, *28*, 222-227.
- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcao, M. (2013). Individual and relational risk factors for the development of eating disorders in adolescent aesthetic athletes and general adolescents. *Eating and Weight Disorders*, *18*, 403-411.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449-468.

- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 559-572.
- Fulkerson, J. A., Keel, P. K., Leon, G. R., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders, 26*(1), 73-79.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M. (1991). *EDI 2: Eating Disorder Inventory 2. Professional Manual*. Odessa, Floride, États-Unis: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3*. Floride: PAR.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 11*, 263-284.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics, 48*(1-4), 170-175.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 12*(4), 871-878.
- Glaser, D. R., Haaga, D. A. F., Hannallah, L., Field, S. E., Kozlosky, M., Reynolds, J., . . . Tanofsky-Kraff, M. (2013). Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girl at-risk for excess weight gain and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 46*(7), 663-668.
- Godwin, H., Haycraft, E., & Meyer, C. (2014). Emotion regulation styles as longitudinal predictors of compulsive exercise: atwelve month prospective study. *Journal of Adolescence, 37*, 1399-1404.
- Goodrick, G. K., Pendleton, V. R., & Kimball, K. T. (1999). Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 295-300.
- Goodwin, H., Arcelus, J., Geach, N., & Meyer, C. (2014). Perfectionism and eating psychopathology among dancers: the role of high standards and self-criticism. *European Eating Disorders Review, 22*, 346-351.

- Gould, D., Dieffenbach, K., & Moffett, A. (2002). Psychological characteristics and their development in Olympic champions. *Journal of Applied Sport Psychology, 14*, 172-204.
- Gould, D., & Maynard, I. (2009). Psychological preparation for the Olympic Games. *Journal of Sports Sciences, 27*, 1393-1408.
- Greenleaf, C. (2002). Athletic body image: Exploratory interviews with former female competitive athletes. *Woman in Sport and Physical Activity Journal, 11*, 63-88.
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., Carter, J., & Reel, J. J. (2009). Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors. *Journal of American College Health, 57*(5), 489-495.
- Greydanus, D., & Patel, D. R. (2002). The female athlete before and beyond puberty. *Pediatric Clinics of North America, 49*(2), 553-580.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. (2^e éd.). New York: Routledge.
- Guessoum, F. (2007). *La relation à l'objet dans la boulimie*. Paris: Mare & Martin.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, P., Perez-Diaz, F., . . . Jeammet, P. (2002). L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Ann Méd Psychol, 160*, 77-85.
- Hanton, S., Neil, R., & Mellalieu, S. D. (2008). Recent developments in competitive anxiety direction and competition stress research. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 1*(1), 45-57.
- Hausenblas, H. A., & Carron, A. V. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 21*(3), 230-258.
- Hausenblas, H. A., & McNally, K. D. (2004). Eating disorder prevalence and symptoms for track and field athletes and nonathletes. *Journal of Applied Sport Psychology, 16*(3), 274-286.
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2001). Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology, 13*(3), 323-339.
- Herbrich, L., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Schneider, N. (2011). Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. *Journal of Sports Sciences, 29*(11), 1115-1123.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.

- Himes, J. H., & Faricy, A. (2001). Validity and reliability of self-reported stature and weight of US adolescents. *American Journal of Human Biology*, *13*, 255-260.
- Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., & Joiner, T. E. (2009). Eating Disorder Symptoms among Undergraduate Varsity Athletes, Club Athletes, Independent Exercisers, and Nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(1), 47-53.
- Huerre, P. (2001). L'histoire de l'adolescence: rôles et fonctions d'un artifice. *Journal Français de Psychiatrie*, *3*(14), 6-8.
- Jeammet, P. (2001). Les conduites addictives: un pansement pour la psyché. Dans S. Poulichet (dir.), *Les addictions* (p. 93-108). Paris: Presses Universitaires de France.
- Jewett, R., Sabiston, C., Brunet, J., O'Loughlin, E. K., Scarapicchia, T., & O'Loughlin, J. (2014). School sport participation during adolescence and mental health in early adulthood. *Journal of Adolescence Health*, *55*, 640-644.
- Johnson, M. D. (1994). Disordered eating in active and athletic women. *Clinics in Sports Medicine*, *13*(2), 355-369.
- Jones, M. V. (2012). Emotion regulation and performance. Dans S. M. Murphy (dir.), *The Oxford Handbook of Sport and Performance Psychology* (p. 154-172). New York: Oxford University Press.
- Keel, P., & Forney, J. K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 433-439.
- Klump, K. L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilienfeld, L. R., & Bulik, C. M. (2002). Does environment matter? A review of nonshared environment and eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *31*, 118-135.
- Krane, V., Choi, P. Y., Baird, S. M., Aimar, C. M., & Kauer, K. J. (2004). Living the paradox: Female athletes negotiate femininity and muscularity. *Sex Roles*, *50*(5-6), 315-329.
- Krauth-Gruber, S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*(4), 32-39.
- Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, *12*(4), 375-382.
- Lane, A. M., Beedies, C. J., Jones, M. V., Uphill, M., & Devonport, T. (2012). The base expert statement on emotion regulation in sport. *Journal of Sports Sciences* *30*(11), 1189-1195.

- Lanfranchi, M.-C., Maïano, C., Morin, A. J. S., & Therme, P. (2014). Prevalence and sport-related predictors of disturbed eating attitudes and behaviors: Moderating effect of sex and age. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, 622-633.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Leone, M., & Larivière, G. (1998). Caractéristiques anthropométrique et biomotrices d'adolescents athlètes élités de disciplines sportives différentes. *Science & Sports*, 13, 26-33.
- Leung, F., Geller, J., & Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 249-256.
- Lopez-Guimera, G., Levine, M. P., Sanchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387-416.
- Lopiano, D. A., & Zotos, C. (1992). Modern athletics: the pressure to perform. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 275-292). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Luce, K. H., & Crowther, J. H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination--Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 349-351.
- Maïdi, H. (2012). *Clinique du narcissisme: l'adolescent et son image*. Paris: Amand Colin.
- Malina, R. M., Bouchard, C., & Bar Or, O. (2004). *Growth, maturation, and physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K., & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 70-76.
- Michel, G. (2001). *La prise de risque à l'adolescence: pratique sportive et usage de substances psycho-actives*. Paris: Masson.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., Leheuzez, M. F., & Mouren-Simeoni, M. (2003). Pratiques sportives et corrélats psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 179-185.
- Monsma, E. V., & Malina, R. M. (2004). Correlates of eating disorders risk among female figure skaters: a profile of adolescent competitors. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 447-460.
- Moscone, A.-L., Leconte, P., & Le Scanf, C. (2014). L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Science & Motricité*, 84, 51-59.

- Nattiv, A., Loucks, A. B., Manore, M. M., Sanborn, C. F., Sundgot-Borgen, J., & Warren, M. P. (2007). American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc*, *39*(10), 1867-1882.
- Okano, G., Holmes, R. A., Mu, Z., Yang, P., Lin, Z., & Nakai, Y. (2005). Disordered eating in Japanese and Chinese female runners, rhythmic gymnasts and gymnasts. *International Journal of Sports Medicine*, *26*(6), 486-491.
- Oliveira Coelho, G. M., de Abreu Soares, E., & Ribeiro, B. G. (2010). Are female athletes at increased risk for disordered eating and its complications? *Appetite*, *55*(3), 379-387.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, *318*, 765-768.
- Petrie, T., & Greenleaf, C. (2007). Eating disorder in sport. Dans G. Tenenbaum & R. Eklund (dir.), *Handbook of sport psychology* (3^e éd., p. 352-378). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Picard, C. L. (1999). The level of competition as a factor for the development of eating disorders in female collegiate athletes. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(5), 583-594.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & DiClemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(5), 376-384.
- Pinto, A. M., Heinberg, L. J., Coughlin, J. W., Fava, J. L., & Guarda, A. S. (2008). The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome. *Eating Behaviors*, *9*(2), 143-153.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
- Proia, S., & Morhain, Y. (2006). Le corps sportif dans tous ses écarts. *L'esprit du temps*, *44*, 109-121.
- Purcell, L. K. (2013). La nutrition sportive des jeunes athlètes. *Pediatric Child Health*, *18*(4), 203-205.
- Purper-Ouakil, D., Michel, G., Baup, N., & Mouren-Simeoni, M. (2002). Psychopathology in children and adolescents with intensive physical activity: Case study and overview. *Annales Medico Psychologiques*, *160*(8), 543-549.
- Robazza, C., Bortoli, L., & Hanin, Y. (2004). Precompetition emotion, bodily symptoms, and task-specific qualities as predictors of performance in high-level karate athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, *16*, 151-165.

- Robertson, S., Benardot, D., & Mountjoy, M. (2014). Nutritional recommendations for synchronized swimming. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 24, 404-413.
- Rodin, J., & Larson, L. (1992). Social factors and the ideal body shape. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 146-158). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Rodriguez, N. R., DiMarco, N. M., & Langley, S. (2009). Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and athletic performance. *J Am Diet Assoc*, 109(3), 509-527.
- Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), 731-739.
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. M., & Chabrol, H. (2005). Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire. *L'Encephale: Revue de psychiatrie clinique biologique et therapeutique*, 31(2), 162-173.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2007). Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, 40(6), 388-393.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa; valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Scoffier, S., Maiano, C., & d'Arripe-Longueville, F. (2010). The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: The mediating role of physical self-perceptions. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 65-71.
- SCP. (1998). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents: les principes de diagnostic et de traitement. *Pediatric Child Health*, 3(3), 193-196.
- Sepuveda, A. R., Botella, J., & Leon, J. A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6, 83-95.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review or research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Sharp, C. W., & Freeman, C. P. L. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162, 452-462.
- Sherman, R. T., & Thompson, R. A. (1996). Body mass index and athletic performance in elite female gymnasts. *Journal of Sport Behavior*, 19(4), 338-346.

- Smolak, L. (2009). Risk factors in the development of body image, eating problems, and obesity. Dans L. Smolak & J. Thompson (dir.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*, (p. 135-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smolak, L. (2011). Body image development il childhood. Dans T. F. Cash & L. Smolak (dir.), *Body image* (p. 67-75). New York: The Guilford Press.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 371-380.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Marti, N., & Rhode, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment and course of proposed DSM-5 eating disorders diagnoses in a 8 years prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Stirling, A., & Kerr, G. (2012). Perceived vulnerabilities of female athletes to the development of disordered eating behaviours. *European Journal of Sport Science*, 12(3), 262-273.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3, 29-40.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(4), 414-419.
- Sundgot-Borgen, J., & Garthe, I. (2011). Elite athletes in aesthetic and Olympic weight-class sports and the challenge of body weight and body composition. *Journal of Sports Science and Medicine*, 29, 101-114.

- Sundgot-Borgen, J., & Larsen, S. (1993). Pathogenic weight-control methods and self-reported eating disorders in female elite athletes and controls. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 3, 150-155.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25-32.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 112-121.
- Szymanski, M. L., & Cash, T. F. (1995). Body-image disturbances and self-discrepancy theory: Expansion of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(2), 134-146.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Salade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.
- Thomas, J., Keel, P., & Heatherton, T. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 263-268.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. (2010). *Eating Disorders in Sport*. New York: Routledge.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (1999). "Good athlete" traits and characteristics of anorexia nervosa: Are they similar? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 7(3), 181-190.
- Toro, J., Galilea, B., Martinez-Mallen, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., . . . Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 26(8), 693-700.
- Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puertolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: Problems and risk factors. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 40-49.
- Torstveit, M., Rosenvinge, J., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118.
- Torstveit, M. K., & Sundgot-Borgen, J. (2005). Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and control. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 141-147.
- Turgeon, M.-È. K., Meilleur, D., & Blondin, S. (2015). Évaluation des attitudes et des comportements alimentaires : comparaison entre un groupe d'adolescentes athlètes

- pratiquant un sport esthétique et un groupe témoin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(3), 175-182.
- Viaud, B. (2008). L'apprentissage de la gestion des corps dans la formation des jeunes élites sportives. *L'Harmattan*, 2(44), 57-76.
- Vinette, S. (2001). Image corporelle et minceur: à la poursuite d'un idéal élitif. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(1), 129-151.
- Voelker, D. K., Gould, D., & Reel, J. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in female figure skaters. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 696-704.
- Wagstaff, C. R. (2014). Emotion regulation and sport performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 36, 401-412.
- Waldron, J. J., & Krane, V. (2005). Whatever it takes: Health compromising behaviors in female athletes. *Quest*, 57(3), 315-329.
- Werner, A., Thiel, A., Schneider, S., Mayer, J., Giel, K. E., & Zipfel, S. (2013). Weight-control behaviour and weight-concerns in young elite athletes - a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 1(18), 1-13.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Blaney, S. (2009). Body image in girl. Dans L. Smolak & J. K. Thompson (dir.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment* (p. 47-76). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilmore, J. H. (1992). Body weight standards and athletic performance. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & W. J. H. (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 315-329). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Wilson, G. T., & Eldredge, K. L. (1992). Pathology and development of eating disorders: implications for athletes. Dans K. D. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (dir.), *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society* (p. 115-127). Malvern, PA: Lea & Febiger.
- Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia. *Psychiatry*, 7(4), 147-151.
- Wolff, G. E., & Clark, M. M. (2001). Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. *Eating Behaviors*, 2, 97-104.
- Wylleman, P., Verdet, M.-C., Lévêque, M., De Knop, P., & Huts, K. (2004). Athlète de haut niveau, transitions scolaires et rôle des parents. *Staps*, 64, 71-87.

Annexe I - Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires répertoriés dans le DSM-5 (traduction libre)

| TCA | Critères diagnostiques |
|------------------|--|
| Anorexie mentale | <p>A) Restriction de l'apport énergétique menant à une perte de poids significative selon l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la santé physique.</p> <p>B) Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants qui interfèrent avec la prise de poids alors que le poids est inférieur à la normale.</p> <p>C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.</p> <p>Types : 1) restrictif; 2) avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs</p> |
| Boulimie | <p>A) Survenue récurrente de crises de boulimie</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans les mêmes conditions. ✓ Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. <p>B) Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, l'exercice physique excessif)</p> <p>C) Les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent au moins une fois par semaine pendant trois mois</p> <p>D) L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.</p> <p>E) Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale</p> |
| Hyperphagie | <p>A) Survenue récurrente de crises de boulimie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Absorption, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans les mêmes conditions. ✓ Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise. <p>B) Les épisodes d'hyperphagie sont associés à 3 caractéristiques ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manger plus rapidement que la normale ✓ Manger malgré la sensation inconfortable d'être plein ✓ Manger une grande quantité de nourriture malgré l'absence de sensation de faim physique ✓ Manger seul parce que la personne est embarrassée par la quantité de nourriture qu'elle absorbe. ✓ Se sentir dégoûté de soi-même, dépressif ou coupable <p>C) Présence d'une détresse significative en regard des épisodes de boulimie.</p> <p>D) Les épisodes d'hyperphagie surviennent au moins une fois par semaine pendant 3 mois.</p> <p>E) Les crises de boulimie ne sont pas associées à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires et le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale ou de boulimie.</p> |

| TCA | Critères diagnostiques |
|--|---|
| <p>Désordre d'évitement ou de restriction alimentaire</p> | <p>A) Incapacité à assouvir adéquatement ses besoins nutritionnels et énergétiques (ex : manque d'intérêt pour la nourriture; évitement basé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture; préoccupations relatives aux conséquences négatives liées à l'alimentation). Doit rencontrer une des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perte de poids significative ou incapacité à atteindre le poids attendu ou retard de croissance chez l'enfant ✓ Carence nutritionnelle significative ✓ Dépendance envers un mode d'alimentation entérale ou des suppléments nutritionnels oraux ✓ Interférence avec le fonctionnement psychosocial <p>B) Le trouble n'est pas mieux expliqué par la non disponibilité de la nourriture ou par une pratique sanctionnée par la culture.</p> <p>C) Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale ou de boulimie et il n'y a pas de trouble lié à la perception du poids ou de la silhouette.</p> <p>D) Le trouble n'est pas attribuable à une condition médicale sous-jacente ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.</p> |
| <p>Troubles alimentaires non spécifiés et autres troubles alimentaires spécifiés</p> | <p>Catégories destinées aux troubles qui ne remplissent pas tous les critères d'un TCA, mais qui causent une détresse cliniquement significative ou une altération importante du fonctionnement de l'individu.</p> |

Annexe II - Tableau comparatif des résultats obtenus aux trois échelles du *EDI-3*

Moyennes et écarts-type obtenus aux échelles du *EDI-3* dans les deux groupes à l'étude ainsi que ceux rapportés dans un échantillon normatif international (Garner, 2004)

| | Non-athlètes (n = 93) | | Athlètes (n = 52) | | Garner (2004) (n = 1074) | |
|---------------------------------|--------------------------|------|----------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | M | É-T | M | É-T | M | É-T |
| Recherche de minceur | 5,95 | 6,85 | 6,98 | 7,73 | 6.03 | 6.59 |
| Boulimie | 2,46 | 3,32 | 3,22 | 4,17 | 2.22 | 3.61 |
| Insatisfaction image corporelle | 11,83 | 9,58 | 11,50 | 10,77 | 15,51 | 10,77 |

Annexe III - Certificat éthique

Université 
de Montréal

No de certificat : CÉRFA-2011-12-008 -J

Faculté des arts et des sciences
Vice-décanat à la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DES ARTS ET DES SCIENCES (CÉRFA)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

TITRE : *Caractéristiques individuelles et relationnelles chez des adolescentes et jeunes femmes athlètes et non athlètes québécoises*

REQUÉRANT : *Dominique Meilleur, professeure adjointe, Département de psychologie (matricule 38889)*

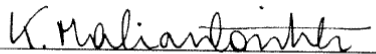
FINANCEMENT : *Projet non financé*
Chercheur principal :
Organisme :
Programme :
No d'octroi :
Titre de l'octroi :

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFA qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFA.

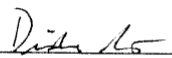
Selon les exigences éthiques en vigueur, **un suivi annuel est minimalement exigé afin de maintenir la validité de ce certificat**, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi peut être consulté sur la page Web du CÉRFA.


Katia Maliantovitch, secrétaire
CÉRFA

Date de délivrance : 2011/04/18
AAAA / MM / JJ

Date d'échéance* : 2014/09/01
AAAA / MM / JJ

*correspond à la date prévue de fin du projet


Deirdre Meintel, présidente
CÉRFA

Espace réservé en cas de prolongation

Annexe IV - Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Caractéristiques individuelles et relationnelles chez des adolescent(e)s et jeunes adultes athlètes et non athlètes québécois.

CHERCHEUSE PRINCIPALE

Dominique Meilleur, M.Ps., Ph.D., Professeure adjointe au Département de Psychologie,
Université de Montréal

CO-CHERCHEUSE PRINCIPALE

Marie-Ève Turgeon, M.Sc., Étudiante au doctorat en psychologie (Ph.D. recherche et intervention),
Université de Montréal.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Le but de cette recherche est d'étudier certaines caractéristiques individuelles et relationnelles chez des adolescent(e)s et jeunes adultes athlètes et non athlètes. Plus spécifiquement, nous voulons mieux comprendre les relations entre les attitudes et comportements alimentaires et différentes caractéristiques individuelles et relationnelles telles que le sentiment d'efficacité personnelle à l'égard de l'alimentation saine, l'image corporelle, la qualité perçue des relations interpersonnelles, les pressions exercées sur le poids dans le sport, l'identité athlétique et l'estime de soi corporel chez les adolescent(e)s et les jeunes adultes québécois athlètes et non athlètes âgé(e)s entre 12 et 29 ans.

2. Participation à la recherche

- ✓ En participant à cette étude, vous serez invité à remplir successivement neuf questionnaires portant sur les attitudes et les comportements alimentaires, l'image corporelle, le sentiment de compétence à l'égard de l'alimentation, la qualité de vos relations interpersonnelles dans le sport, les pressions exercées sur le poids dans le sport, l'identité athlétique, l'estime de soi corporel. Des questions relatives à la pratique de votre sport vous seront également demandées ainsi que certaines données personnelles et sociodémographiques (telles que votre âge, votre poids, votre niveau scolaire, l'âge de survenue de vos premières menstruations pour les filles).

- ✓ Les questionnaires seront distribués soit au début d'une séance d'entraînement ou soit au début d'un cours sous la supervision de la co-chercheuse principale de l'étude. Ils devront être remplis sur place.
- ✓ Si vous êtes âgé(e) de moins de 18 ans, une autorisation parentale (ou du tuteur légal) signée est obligatoire pour pouvoir participer à l'étude.
- ✓ Le temps estimé pour remplir les questionnaires est de 60 à 75 minutes.

3. Confidentialité, diffusion ou anonymat des informations

Les renseignements que vous nous communiquerez demeureront strictement confidentiels et anonymes, c'est-à-dire que les informations recueillies à l'aide des questionnaires de recherche ne permettront pas de vous identifier. Un code de recherche sera attribué à chaque participant, ainsi à aucun endroit le nom du ou de la participant(e) ne sera demandé ou écrit. Les données seront conservées dans un bureau fermé à clé à l'Université de Montréal. Il est possible que les résultats de cette recherche soient publiés dans un journal scientifique. En de tel cas, aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée ou publiée. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Ce dernier adhère à une politique de stricte confidentialité.

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Par contre, si vous souhaitez obtenir de l'information concernant la recherche ou le moment où les résultats seront accessibles, vous pourrez communiquer avec la chercheuse ou la co-chercheuse principales de l'étude : Dominique Meilleur et Marie-Ève Turgeon. Il est à noter également qu'un résumé des résultats généraux sera présenté aux Fédérations sportives participantes et pourront faire l'objet d'une présentation par la chercheuse ou co-chercheuse principales de l'étude.

4. Utilisation des données dans le cadre d'autres projets de recherche

Il est possible que les données recueillies soient utilisées dans le cadre de futurs projets de recherche de nature semblable. Une telle utilisation est toujours conditionnelle à l'approbation par un comité d'éthique à la recherche et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations.

5. Avantages et inconvénients

Vous ne retirerez aucun avantage direct en participant à ce projet de recherche. Cependant votre participation pourra contribuer à l'avancement des connaissances sur les attitudes et les comportements alimentaires des adolescent(e)s et jeunes adultes québécois athlètes et non athlètes.

Il y a peu de risques liés à la participation à cette étude. Toutefois, certaines questions ou sujet abordés à travers les différents questionnaires de recherche pourraient générer des émotions négatives ou un état de fragilité psychologique. En cas de malaise, il sera possible d'en parler avec la co-chercheuse principale en tout temps pendant la collecte de données ou ultérieurement avec soit la chercheuse ou la co-chercheuse principales de l'étude. Celles-ci pourront vous aider et vous diriger vers un intervenant ou une ressource appropriée au besoin.

L'inconvénient principal rattaché à votre participation à cette recherche est le temps nécessaire pour remplir les questionnaires (environ entre 60 et 75 minutes).

6. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous souhaitez vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec soit la chercheuse ou la co-chercheuse principales de l'étude Dominique Meilleur et Marie-Ève Turgeon. Si vous vous retirez de la recherche, les données qui auront été recueillies avant votre retrait seront détruites.

B) CONSENTEMENT DU/DE LA PARTICIPANT(E)

Je (nom et prénom du/de la participant(e) en lettre moulées) _____ déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sur simple avis verbal sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

**CONSENTEMENT PARENTAL OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL (TUTEUR)
POUR LES PARTICIPANT(E)S MINEUR(E)S (MOINS DE 18 ANS)**

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur la participation de mon enfant à cette recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à ce que mon adolescent(e) participe à cette étude. Je sais que je peux le/la retirer en tout temps, sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Signature : _____ Date : _____

Nom, prénom : _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je déclare avoir fourni toutes les informations concernant le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet et être disponible pour répondre à toute éventuelle question.

Signature chercheuse ou co-chercheuse : _____ Date : _____

(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Dominique Meilleur et Marie-Ève Turgeon.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Annexe V - Questionnaire sociodémographique

A) Informations individuelles

1. Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire: _____
2. Sexe : Garçon Fille
3. Date de naissance (jour/mois/année): ____ / ____ / ____
4. Âge: _____ ans
5. Poids : _____ kilos ou _____ livres.
6. Poids maximal atteint : _____ kilos ou _____ livres.
7. Combien de temps as-tu pesé ce poids : _____ mois.
8. Poids minimal atteint depuis 3 ans : _____ kilos ou _____ livres.
9. Stature (taille) : _____ mètres ou _____ pieds et pouces.
10. As-tu déjà été menstruée? (Si tu es un garçon, tu peux aller directement à la question 16)
 - a) Oui
 - b) Non
11. Si oui, à quel âge as-tu eu tes premières menstruations : ____ ans et ____ mois.
12. Depuis tes premières règles, est-ce qu'il t'est arrivé de ne pas avoir tes menstruations pendant une période de plus de 6 mois consécutifs?
 - a) Oui
 - b) Non
13. Si oui, à quel âge est survenu la dernière période d'arrêt de tes menstruations de plus de 6 mois consécutifs : _____ ans et _____ mois
14. Actuellement est-ce que tes règles sont régulières ?
 - a) Oui
 - b) Non
15. Est-ce que tu prends actuellement des anovulants (pilule contraceptive)?
 - a) Oui
 - b) Non

16. Origine ethnique

- a) Caucasien (personne blanche)
- b) Hispanique
- c) Asiatique
- d) Africaine
- e) Autre : _____

17. Langue maternelle

- a) Français
- b) Anglais
- c) Espagnol
- d) Autre : _____

B) Famille et fréquentation scolaire

18. Niveau de scolarité :

- | | | |
|-----------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| a) secondaire 1 | f) collégial 1 ^{er} année | j) université 1 ^{er} année |
| b) secondaire 2 | g) collégial 2 ^e année | k) université 2 ^e année |
| c) secondaire 3 | h) collégial 3 ^e année | l) université 3 ^e année |
| d) secondaire 4 | i) diplôme d'étude | m) autre : _____ |
| e) secondaire 5 | professionnelle (DEP) | |

19. Situation des parents :

- a) Mes parents sont ensemble
- b) Mes parents sont séparés/divorcés

20. J'habite habituellement avec :

- a) mes deux parents
- b) mon père et ma mère en alternance (garde partagée)
- c) ma mère
- d) mon père
- e) famille d'accueil
- f) parenté/famille
- g) j'habite en appartement seule ou avec des amis
- h) autre: _____

21. Indique le nombre de frère et de sœur que tu as.

- a) _____ sœur (s)
- b) _____ frère (s)

22. Quel est le revenu de ton père?

- a) 0 à 15000\$
- b) 15001 à 30000\$
- c) 30001 à 45000\$
- d) 45001 à 60000\$
- e) 60001 à 75000\$
- f) 75000\$ et plus
- g) je ne sais pas

23. Quel est le revenu de ta mère?

- a) 0 à 15000\$
- b) 15001 à 30000\$
- c) 30001 à 45000\$
- d) 45001 à 60000\$
- e) 60001 à 75000\$
- f) 75000\$ et plus
- g) je ne sais pas.

24. Si tu habites en appartement seul(e) ou avec des amis, quel est ton revenu personnel ?

- a) 0 à 15000\$
- b) 15001 à 30000\$
- c) 30001 à 45000\$
- d) 45001 à 60000\$
- e) 60001 à 75000\$
- f) 75000\$ et plus
- g) je ne sais pas

C) Activités physiques

25. Est-ce que tu pratiques une activité physique ou un sport sur une base régulière ?

- a) Oui
- b) Non

26. Si tu pratiques du sport, encercle ou inscrit le nom de ton (tes) activité(s) physique(s) ou de ton (tes) sport(s).

- a) Nage synchronisée
- b) Patinage artistique
- c) Gymnastique
- d) Autre : _____

27. Combien **d'heures par semaine en moyenne** consacres-tu à la pratique de cette activité physique ou de ce sport

- a) entre 1 et 4 heures
- b) entre 4 et 8 heures
- c) entre 8 et 12 heures
- d) entre 12 et 16 heures
- e) entre 16 et 20 heures
- f) entre 20 et 30 heures
- g) plus de 30 heures

28. Dans le cadre de la pratique de cette activité physique ou de ce sport, as-tu pris part à des compétitions au cours de la dernière année?

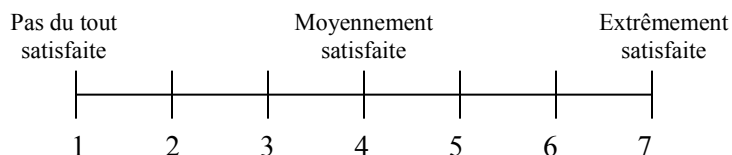
- a) Oui
- b) Non

29. Si oui, quels sont les niveaux des compétitions auxquelles tu as participé?

- a) local : nombre de compétition _____
- b) régional : nombre de compétition _____
- c) provincial : nombre de compétition _____
- d) national : nombre de compétition _____
- e) international : nombre de compétition _____

30. Inscris sur la ligne, à la question 29, le nombre de compétitions auxquelles tu as pris part au cours de la dernière année (approximativement).

31. Sur cette échelle de 1 à 7, encerle ton niveau de satisfaction par rapport à ta performance athlétique au cours des **trois derniers mois**.



32. À quel âge as-tu commencé à pratiquer cette activité physique ou ce sport : _____ ans.

33. Depuis combien d'années pratiques-tu cette activité ou ce sport : _____ ans

34. À quelle(s) catégorie(s) de sports ou d'activités physiques participes-tu? (**tu peux encercler plusieurs réponses**)

- a) Cours d'éducation physique
- b) Activités physiques ou sportives organisées ou structurées (ex : type compétitif ou non, club, équipe de l'école, activité parascolaire, organisation à l'extérieur de l'école, etc.)
- c) Activités physiques ou sportives non- organisées ou récréatives (ex. : sports entre amis, activités de loisirs, etc.)
- d) Activités physiques (ex. : aller au gymnase, entraînement de cardio/musculation, jogging, pilates, etc.)
- e) Activités physiques de la vie quotidienne ou fonctionnelles (ex. : marche ou vélo lors des déplacements, monter les marches, activités physiques liées aux tâches ménagères ou au travail, etc.)
- f) Autre _____
- g) Aucun sport ou activité physique

35. **Pour chacune des catégories** de sports ou d'activités physiques à laquelle tu participes et identifiées à la question 34, peux-tu indiquer combien de temps **par semaine (en minutes)** tu y consacres.

- a) Cours d'éducation physique _____
- b) Activités physiques ou sportives organisées ou structurées (ex : type compétitif ou non, club, équipe de l'école, activité parascolaire, organisation à l'extérieur de l'école, etc.) _____
- c) Activités physiques ou sportives non- organisées ou récréatives (ex. : sports entre amis, activités de loisirs, etc.) _____
- d) Activités physiques (ex. : aller au gymnase, entraînement de cardio/musculation, jogging, pilates, etc.) _____
- e) Activités physiques de la vie quotidienne ou fonctionnelles (ex. : marche ou vélo lors des déplacements, monter les marches, activités physiques liées aux tâches ménagères ou au travail, etc.) _____
- f) Autre _____

36. Combien de temps **par semaine (en minutes)** consacres-tu au total aux activités physiques et/ ou sportives (toutes catégories confondues)? Si tu fais aucun sport ou activité physique inscrire zéro (0).

Réponse : _____ minutes **par semaine**

37. Pour quelle(s) raison(s) pratiques-tu une activité physique ou un sport? (tu peux encrer plusieurs réponses)

- a) Pour m'amuser, avoir du plaisir
- b) Pour améliorer ou conserver ma forme physique/santé
- c) Pour me changer les idées, faire le vide
- d) Pour passer du temps avec mes amis/ma famille/rencontrer des gens
- e) Pour me sentir plus performant(e) / pour l'aspect compétitif
- f) Pour améliorer mon apparence physique
- g) Pour perdre du poids
- h) Pour des raisons fonctionnelles (ex : pour me déplacer, marcher pour aller à l'école)
- i) Autre _____

38. Écris sur la ligne suivante **LA lettre** représentant la raison **principale** pour laquelle tu pratiques une activité physique ou un sport : _____

39. Par rapport aux personnes de ton âge, tu trouves que les changements au niveau de ton corps sont arrivés ou arrivent :

- a) Beaucoup plus tard
- b) Un peu plus tard
- c) En même temps
- d) Un peu plus tôt
- e) Beaucoup plus tôt
- f) Je n'ai pas observé de changement dans mon corps

Annexe VI - Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Questions 1 à 12 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

| Dans les 28 derniers jours, combien de jours... | Aucune journée | 1 à 5 jours | 6 à 12 jours | 13 à 15 jours | 16 à 22 jours | 23 à 27 jours | Tous les jours |
|--|----------------|-------------|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 Avez-vous volontairement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Avez-vous passé de longues périodes de temps (8 heures éveillées ou plus) sans manger quoi que ce soit afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation n'importe quel aliment que vous aimez afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Avez-vous essayé de suivre des règles précises à propos de votre alimentation (p. ex. un nombre de calories limitées) afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir un ventre totallement plat ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Est-ce que de penser à la nourriture, les calories ou à manger ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Dans les 28 derniers jours, combien de jours... | Aucune journée | 1 à 5 jours | 6 à 12 jours | 13 à 15 jours | 16 à 22 jours | 23 à 27 jours | Tous les jours |
| 8 Est-ce que de penser à la forme de votre corps ou votre poids ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 Avez-vous eu une peur catégorique de perdre le contrôle de votre prise alimentaire ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 Avez-vous eu une peur catégorique que vous pourriez prendre du poids ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 Vous êtes-vous sentie grosse ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 Avez-vous eu un désir fort de perdre du poids ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Questions 13 à 18 : S'il vous plaît, inscrivez le chiffre approprié dans la case de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

| Dans les quatre dernières semaines (28 jours)... | |
|--|--|
| 13 | Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande (compte tenu des circonstances) ? |
| 14 | À combien de ces occasions avez-vous eu l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre prise alimentaire (au moment où vous mangiez) ? |
| 15 | Dans les 28 derniers jours, pendant combien de jours de tels épisodes d'hyperphagie ⁷ sont-ils survenus (c.à.d., où vous avez mangé une quantité de nourriture inhabituellement grande <u>et</u> vous avez eu une impression de perte de contrôle à ce moment) ? |
| 16 | Dans les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous rendue malade (vomir) afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? |
| 17 | Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? |
| 18 | Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice d'une façon « déterminée » ou « compulsive » afin de contrôler votre poids, la forme ou la quantité de gras de votre corps, ou afin de brûler des calories ? |

Questions 19 à 21 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié. Prenez bien note que pour ces questions, **le terme « hyperphagie incontrôlée »** signifie manger ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande compte tenu des circonstances accompagné par une impression d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez.

| Dans les 28 derniers jours... | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|----------------|---------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 19 | Dans les 28 derniers jours, combien de jours avez-vous mangé en secret (c'est-à-dire, furtivement, en cachette) ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». | Aucune journée | 1 à 5 jours | 6 à 12 jours | 13 à 15 jours | 16 à 22 jours | 23 à 27 jours | Tous les jours |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Dans les 28 derniers jours, dans quelle proportion des fois où vous avez mangé vous êtes-vous sentie coupable (sentiment que vous avez mal agi) en raison de l'effet que cela pourrait avoir sur la forme de votre corps ou votre poids ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». | Aucune fois | Quelques fois | Moins de la moitié | La moitié des fois | Plus de la moitié | La plupart des fois | Toutes les fois |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Dans les 28 derniers jours, jusqu'à quel point avez-vous été préoccupée que d'autres personnes vous voient manger ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». | Pas du tout | | Un peu | Modérément | Nettement | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

⁷ Comportement alimentaire consistant à ingérer une quantité d'aliments disproportionnée avec ses besoins (Selon le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française.)

Questions 22 à 28 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne font référence qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

| Dans les 28 derniers jours... | | Pas du tout | | Un peu | | Modérément | | Nettement | |
|-------------------------------|--|-------------|---|--------|---|------------|---|-----------|--|
| 22 | Votre <i>poids</i> a-t-il influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 23 | La <i>forme de votre corps</i> a-t-elle influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 24 | Jusqu'à quel point auriez-vous été bouleversée si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (ni plus, ni moins souvent) pour les quatre prochaines semaines ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 25 | Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de votre <i>poids</i> ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 26 | Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de la <i>forme de votre corps</i> ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Dans les 28 derniers jours... | | Pas du tout | | Un peu | | Modérément | | Nettement | |
| 27 | Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable de voir votre corps (p. ex. voir la forme de votre corps dans le miroir, votre réflexion dans la vitrine d'un magasin, pendant que vous vous déshabillez ou prenez un bain ou une douche) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 28 | Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable que d'autres voient la forme de votre corps ou votre silhouette (p. ex. dans un vestiaire commun, lorsque vous allez nager ou portez des vêtements ajustés) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

Annexe VII - *Eating Disorder Inventory (EDI-3)*

Pour chaque énoncé, décide si celui-ci te décrit bien : **TOUJOURS**, **HABITUELLEMENT**, **SOUVENT**, **QUELQUEFOIS**, **RAREMENT** ou **JAMAIS**. Réponds à toutes les questions et assure-toi de cocher LA réponse qui décrit réellement ta situation.

| | Toujours | Habituellement | Souvent | Rarement | Quelquefois | Jamais |
|---|----------|----------------|---------|----------|-------------|--------|
| 1. Je mange du sucre et des hydrates de carbone (glucides) sans me sentir nerveuse. | | | | | | |
| 2. Je pense que mon ventre est trop gros. | | | | | | |
| 3. Je souhaiterais pouvoir retourner à la sécurité que procure l'enfance. | | | | | | |
| 4. Je mange lorsque je suis contrariée. | | | | | | |
| 5. Je me gave de nourriture. | | | | | | |
| 6. Je souhaiterais être plus jeune. | | | | | | |
| 7. Je pense à me mettre à la diète. | | | | | | |
| 8. Je deviens effrayée lorsque mes sentiments sont trop intenses. | | | | | | |
| 9. Je pense que mes cuisses sont trop grosses. | | | | | | |
| 10. Je me sens incompétente (non efficace) en tant que personne. | | | | | | |
| 11. Je me sens extrêmement coupable après avoir trop mangé. | | | | | | |
| 12. Je pense que mon ventre est de la bonne grosseur. | | | | | | |
| 13. Seule une performance exceptionnelle est acceptable dans ma famille. | | | | | | |
| 14. Le temps le plus heureux dans la vie est lorsque tu es enfant. | | | | | | |
| 15. Je suis ouverte à propos de mes sentiments. | | | | | | |
| 16. Je suis terrifiée de prendre du poids. | | | | | | |
| 17. Je fais confiance aux autres. | | | | | | |
| 18. Je me sens seule au monde. | | | | | | |

| | Toujours | Habituellement | Souvent | Rarement | Quelquefois | Jamais |
|--|----------|----------------|---------|----------|-------------|--------|
| 19. Je me sens satisfaite à propos de ma silhouette. | | | | | | |
| 20. Je mes sens généralement en contrôle des choses dans ma vie. | | | | | | |
| 21. Je deviens confuse à savoir quelle émotion je ressens. | | | | | | |
| 22. Je préférerais être un adulte plutôt qu'un enfant. | | | | | | |
| 23. Je peux communiquer avec les autres facilement. | | | | | | |
| 24. Je souhaiterais être quelqu'un d'autre. | | | | | | |
| 25. J'exagère ou j'amplifie l'importance du poids. | | | | | | |
| 26. Je peux clairement identifier quelle émotion je ressens. | | | | | | |
| 27. Je me sens inadéquate. | | | | | | |
| 28. J'ai vécu des périodes de consommation excessive de nourriture où je sentais que je ne pouvais plus m'arrêter. | | | | | | |
| 29. Lorsque j'étais enfant, j'essayais très fort d'éviter de décevoir mes parents et mes professeurs. | | | | | | |
| 30. J'ai des relations proches (étroites). | | | | | | |
| 31. J'aime la forme de mes fesses. | | | | | | |
| 32. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince. | | | | | | |
| 33. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi. | | | | | | |
| 34. J'ai de la difficulté à exprimer mes émotions. | | | | | | |
| 35. Les demandes des adultes sont trop élevées. | | | | | | |
| 36. Je déteste ne pas être la meilleure dans les choses. | | | | | | |
| 37. Je me sens en sécurité avec moi-même. | | | | | | |
| 38. Je pense à faire des excès de consommation de nourriture (trop manger). | | | | | | |
| 39. Je suis contente de ne plus être un enfant. | | | | | | |
| 40. Je deviens confuse à savoir si j'ai faim ou non. | | | | | | |
| 41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même. | | | | | | |
| 42. Je sens que je peux atteindre mes standards. | | | | | | |
| 43. Mes parents s'attendent à l'excellence de ma part. | | | | | | |
| 44. Je m'inquiète que mes sentiments deviennent hors de contrôle. | | | | | | |
| 45. Je pense que mes hanches sont trop larges. | | | | | | |
| 46. Je mange modérément en présence des autres et je me gave lorsqu'ils sont partis. | | | | | | |
| 47. Je me sens gonflée après avoir mangé un repas normal. | | | | | | |
| 48. Je sens que les gens sont plus heureux lorsqu'ils sont enfant. | | | | | | |

| | Toujours | Habituellement | Souvent | Rarement | Quelquefois | Jamais |
|---|----------|----------------|---------|----------|-------------|--------|
| 49. Si je gagne une livre, je suis inquiète de continuer d'en gagner. | | | | | | |
| 50. Je sens que je suis une personne valable. | | | | | | |
| 51. Lorsque je suis contrariée, je ne sais pas si je suis triste, effrayée, ou en colère. | | | | | | |
| 52. Je sens que je dois faire les choses parfaitement ou ne pas les faire du tout. | | | | | | |
| 53. J'ai l'idée d'essayer de vomir dans le but de perdre du poids. | | | | | | |
| 54. J'ai besoin de conserver une certaine distance avec les gens (sentiment d'inconfort si une personne tente de trop s'approcher). | | | | | | |
| 55. Je sens que mes cuisses sont de la bonne grosseur. | | | | | | |
| 56. Je me sens vide à l'intérieur (émotionnellement). | | | | | | |
| 57. Je suis capable d'exprimer mes pensées ou mes sentiments personnels. | | | | | | |
| 58. Les meilleures années de ta vie sont lorsque tu deviens adulte. | | | | | | |
| 59. Je pense que mes fesses sont trop grosses. | | | | | | |
| 60. J'ai des sentiments que j'ai de la difficulté à identifier. | | | | | | |
| 61. Je mange ou je bois en secret. | | | | | | |
| 62. Je pense que mes hanches sont de la bonne largeur. | | | | | | |
| 63. J'ai des buts extrêmement élevés. | | | | | | |
| 64. Lorsque je suis contrariée, je suis inquiète de me mettre à manger. | | | | | | |
| 65. Les gens que j'aime beaucoup finissent par me décevoir. | | | | | | |
| 66. J'ai honte de ma faiblesse humaine. | | | | | | |
| 67. Certaines personnes diraient que je suis instable émotionnellement. | | | | | | |
| 68. J'aimerais être en contrôle total de mes envies physiques. | | | | | | |
| 69. Je me sens détendue dans la plupart des situations de groupe. | | | | | | |
| 70. Je dis des choses impulsivement que je regrette avoir dites. | | | | | | |
| 71. Je tente par tous les moyens d'avoir du plaisir. | | | | | | |
| 72. Je dois faire attention face à ma tendance à abuser des drogues. | | | | | | |
| 73. Je suis dynamique avec la plupart des gens. | | | | | | |
| 74. Je me sens coincée dans les relations. | | | | | | |
| 75. L'abnégation (sacrifice de soi) me fait sentir plus forte spirituellement. | | | | | | |
| 76. Les gens comprennent mes vrais problèmes. | | | | | | |
| 77. Je ne peux me débarrasser d'idées étranges dans ma tête. | | | | | | |

| | Toujours | Habituellement | Souvent | Rarement | Quelquefois | Jamais |
|--|----------|----------------|---------|----------|-------------|--------|
| 78. Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale. | | | | | | |
| 79. Je suis encline à faire des excès de colère ou de rage. | | | | | | |
| 80. Je sens que les gens m'accordent le mérite qui m'est dû. | | | | | | |
| 81. Je dois faire attention face à ma tendance à abuser de l'alcool. | | | | | | |
| 82. Je crois que se détendre est simplement une perte de temps. | | | | | | |
| 83. Certaines personnes diraient que je deviens facilement irritée. | | | | | | |
| 84. J'ai le sentiment d'être perdante dans tout. | | | | | | |
| 85. Je ressens des changements d'humeur marqués. | | | | | | |
| 86. Je suis embarrassée par mes envies physiques. | | | | | | |
| 87. J'aimerais mieux passer du temps seule qu'avec d'autres personnes. | | | | | | |
| 88. La souffrance nous fait devenir une meilleure personne. | | | | | | |
| 89. Je sais qu'il y a des gens qui m'aiment. | | | | | | |
| 90. Je sens que je dois blesser les autres ou moi-même. | | | | | | |
| 91. Je sens que je sais vraiment qui je suis. | | | | | | |

Annexe VIII - *Eating Disorder Recovery Self-efficacy Questionnaire-f (EDRSQ-f)*

Instructions : Les items suivants décrivent des comportements, des pensées et des émotions. Vous devez indiquer jusqu'à quel point vous êtes confiante en ce moment à propos de votre habileté à faire les actions suivantes. Encerchez le chiffre qui décrit le mieux votre niveau de confiance. Utiliser l'échelle suivante :

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Pas du tout confiante 1 | Un peu confiante 2 | Modérément confiante 3 | Très confiante 4 | Extrêmement confiante 5 |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------------|

Note : L'expression un repas équilibré réfère à la qualité et au type de nourriture qu'une personne typique avec un poids normal et qui ne suit pas de régime pourrait manger. Un épisode d'empiffrement réfère à l'action d'absorber une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je peux manger un repas familial à un rythme normal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je peux me sentir fière de ce que j'ai l'air. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je peux regarder mon ventre ou mes cuisses sans me demander si j'ai pris ou perdu du poids. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je peux me regarder dans un grand miroir sans penser aux endroits où je veux perdre du poids. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je peux essayer de nouveaux aliments sans me sentir anxieuse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je peux manger un cheeseburger sans compenser par de la restriction, de l'exercice excessif ou des purges (vomissements, laxatifs). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je peux manger quand j'ai faim et arrêter de manger quand je me sens rassasiée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Je peux manger du dessert aux fêtes et ne pas compenser par des purges, de l'exercice excessif ou de la restriction. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je peux sentir que mon corps est attirant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Je peux manger une portion de crème glacée sans me sentir coupable ou anxieuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je peux manger dans un buffet sans me sentir anxieuse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Je peux acheter de la nourriture en me basant sur ce que j'ai envie de manger et non parce que c'est faible en gras et/ou faible en calories. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je peux manger un aliment riche en gras/riche en calories sans m'inquiéter que je vais prendre du poids. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je peux porter un maillot de bain en public. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Pas du tout confiante 1 | Un peu confiante 2 | Modérément confiante 3 | Très confiante 4 | Extrêmement confiante 5 |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------------------|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Je peux accepter les imperfections de ma silhouette. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je peux me sentir bien avec moi-même si mon ventre n'est pas plat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je peux dîner sans penser à combien de calories je consomme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je peux manger 3 repas équilibrés par jour sans faire d'épisodes d'empiffrement, de purge ou d'exercice excessif ou sans prendre de diurétiques ou de laxatifs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Je peux accepter une invitation à souper chez quelqu'un et manger sans faire de restriction, d'épisodes d'empiffrement ou de purge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Je ne compare pas ma physionomie à d'autres femmes minces/attirantes que je vois. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Je peux manger des aliments riches en gras/riches en calories avec modération sans faire d'épisode d'empiffrement, de purge, d'exercice excessif ou sans prendre des laxatifs ou des diurétiques. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Je peux voir que mon poids n'est pas la partie la plus importante de moi en tant que personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Je peux aller au restaurant avec des amis qui ne suivent pas de régime et manger un repas normal, équilibré. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Annexe IX - *Body Satisfaction Questionnaire (BSQ)*

1= *jamais*, 2= *rarement*, 3= *parfois*, 4= *souvent*, 5= *très souvent*, 6= *toujours*.

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (plus grosse)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il sentir grosse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Avez-vous eu honte de votre corps? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (par exemple dans des vestiaires ou à la piscine)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |