

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN ÉDUCATION  
EXTENSIONNÉ DE  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PORTRAITS CROISÉS DES TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ALIMENTAIRE EN CONTEXTE COLLÉGIAL QUÉBÉCOIS : LES ATTITUDES  
ET COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES INAPPROPRIÉS CHEZ LES  
ÉTUDIANTS ET SELON LES ENSEIGNANTS

PAR  
MAUD BONANSÉA

AOÛT 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

## DOCTORAT EN ÉDUCATION (Ph.D.)

Programme offert par l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

### en association avec

l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

l'Université du Québec en Outaouais (UQO)

l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)

l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

### Cette thèse a été dirigée par :

Johana Monthuy-Blanc, Ph.d., UQTR

directeur de recherche, grade

Rattachement institutionnel

Ghislain Samson, Ph.d., UQTR

codirecteur de recherche, grade

Rattachement institutionnel

### Jury d'évaluation de la thèse :

Stéphane Thibodeau, Ph.d., UQTR

Prénom et nom, grade

Rattachement institutionnel

Rebecca Shankland, Ph.d., Université Grenoble-Alpes

Prénom et nom, grade

Rattachement institutionnel

Nathalie Lacelle, Ph.d., UQAM

Prénom et nom, grade

Rattachement institutionnel

Thèse soutenue le 24 mai 2019

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon comité de recherche, Johana Monthuy-Blanc et Ghislain Samson. Johana, cela fait maintenant une décennie que nous collaborons, merci pour ta passion, ton soutien et ta présence. Ghislain, merci d'avoir accepté de sortir de ta zone de confort en travaillant sur une thématique qui relève moins de ton champ d'expertise. Nos échanges et nos discussions m'ont permis d'explorer de nouvelles avenues et d'enrichir mes réflexions. Merci à vous de m'avoir accompagnée dans cette aventure doctorale et de m'avoir permis de vivre des expériences enrichissantes.

Je tiens également à remercier Stéphane Thibodeau d'avoir accepté d'endosser le rôle de président de jury et de m'avoir guidée. Un merci tout particulier aux membres du jury, Rebecca Shankland et Nathalie Lacelle, d'avoir accepté d'évaluer cette thèse, ainsi que pour leur temps et leurs précieuses rétroactions.

Je remercie bien évidemment toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette recherche, tout particulièrement Luc Pellerin, Geneviève Ducharme, Sébastien Rojo et Stéphane Roy, sans qui la collecte de données n'aurait pas pu avoir lieu. Merci également à toutes les personnes qui ont accepté de participer à la recherche.

Je remercie également l'équipe du Loricorps d'avoir nourri des échanges, des réflexions et d'avoir été sensible à mon cheminement.

Je m'estime chanceuse d'avoir été entourée de tant de personnes préoccupées par ma réussite et ma santé mentale. Merci à Claire, pour son soutien et son aide dès le début de cette aventure. Merci à Sandra, qui a passé de longs moments à m'écouter et me guider surtout dans les derniers mois. Je remercie aussi Renaud, Léna, Sébastien, Geneviève, Mathieu, Pierre-Luc, Alex, mon partner, Thomas, Gabrielle, Cristelle, Marilou... Stéphane, bien entendu, dans un autre ordre, Johana encore, et j'en passe. Sans toutes ces rencontres, cette thèse n'aurait pas été la même. Merci pour vos questions, l'intérêt porté à cette recherche, vos encouragements et votre présence, tout simplement. On dit souvent que le sentiment d'isolement caractérise les études doctorales, grâce à vous, cela n'a jamais été le cas pour moi.

Je ne peux passer sous silence le soutien à distance de ma famille et de mes amis restés de l'autre côté de l'Atlantique.

Et finalement, un merci tout particulier à Jacques, mon complice, pour son soutien inconditionnel et ses encouragements. Je peux sincèrement affirmer que sans ton aide, je n'y serais pas arrivée.

## TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES abréviations, SIGLES et acronymes.....	xi
RÉSUMÉ .....	xii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Mise en contexte : le collégial, une période charnière dans le développement... 4	
1.1.1 Spécificités des transitions développementales et institutionnelles.....	5
1.1.2 Santé mentale des étudiants du collégial.....	9
1.2 TCA chez les étudiants du collégial : état de la situation.....	11
1.2.1 Prévalences des TCA .....	12
1.2.2 Effets des TCA en contexte académique .....	15
1.3 Enseignants et santé des étudiants : spécificités du collégial et des ACAI .....	19
1.4 Question de recherche.....	23
CHAPITRE II CADRE DE RÉFÉRENCE.....	26
2.1 TCA chez les étudiants : la première face de la médaille.....	26
2.2 ACAI : une approche dimensionnelle des TCA dans un contexte collégial.....	30
2.2.1 Modèles explicatifs des relations entre les facteurs d'influence des ACAI en contexte éducatif .....	38
2.2.2 Facteurs d'influence des ACAI.....	40

2.2.3	Prévention des TCA : une intervention sur les ACAI.....	55
2.3	Connaissances des enseignants en lien avec les ACAI : la deuxième face de la médaille.....	63
2.3.1	Définition des connaissances et des croyances.....	64
2.3.2	Connaissances et croyances des enseignants en lien avec les ACAI.....	65
2.3.3	Place et importance de la formation pour prévenir les ACAI.....	67
2.4	Objectifs et hypothèses de recherche.....	72
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE .....		76
3.1	Approche mixte pour un double regard sur les ACAI en contexte collégial québécois.....	77
3.2	Participants à l'étude.....	81
3.2.1	Échantillonnage et critères de sélection.....	81
3.3	Collectes des données.....	83
3.3.1	Phase quantitative : instruments et déroulement.....	84
3.3.2	Phase qualitative : outils et déroulement.....	88
3.4	Analyses des données.....	93
3.4.1	Analyses quantitatives : données collectées auprès des étudiants.....	94
3.4.2	Analyses qualitatives : données collectées chez les enseignants.....	98
CHAPITRE IV RÉSULTATS .....		103
4.1	ACAI chez les étudiants (phase quantitative).....	103
4.1.1	Résultats en lien avec les analyses comparatives.....	104
4.1.2	Résultats en lien avec les analyses prédictives.....	115
4.2	ACAI selon les enseignants (phase qualitative).....	118
4.2.1	Portrait des participants et de leurs connaissances déclarées.....	118
4.2.2	Groupes de discussion.....	119
4.3	Mise en comparaison des résultats des deux phases de la recherche.....	154
CHAPITRE V DISCUSSION.....		157
5.1	Premier axe : les ACAI chez les étudiants.....	159
5.1.1	Entre contrôle et perte de contrôle.....	161

5.1.2	Des interactions psychosociales pouvant expliquer la présence d'ACAI dans le collège.....	165
5.2	Deuxième axe : les enseignants face aux ACAI, une position inconfortable..	174
5.2.1	Connaissances partielles des TCA .....	175
5.2.2	Présence de décalages .....	179
5.2.3	ACAI et enseignants : une relation complexe médiée par plusieurs croyances.....	180
5.2.4	Existence d'un continuum d'objectivation.....	182
5.2.5	Vers le possible par la formation .....	185
5.3	Troisième axe : recommandations dans le cadre de la prévention, issues de la recherche .....	187
5.3.1	Préalables à la mise en œuvre des recommandations.....	188
5.3.2	Arrimage entre ACAI et facteurs d'influence dans la prévention.....	190
	CONCLUSION .....	194
	RÉFÉRENCES.....	204
	ANNEXE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TCA.....	240
	ANNEXE B TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTAPES DE LA RECHERCHE.....	242
	ANNEXE C QUESTIONNAIRES D'INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	245
	ANNEXE D QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC DES TCA .....	257
	ANNEXE E INVENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE POUR ADOLESCENTS .....	266
	ANNEXE F TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES CONSISTANCES INTERNES ET SCORES COUPURES DES QUESTIONNAIRES .....	269
	ANNEXE G QUESTIONNAIRE D'ÉTALONNAGE DES CONNAISSANCES SUR LES TCA.....	271



ANNEXE H CANEVAS PRÉLIMINAIRE DES GROUPES DE DISCUSSION	277
ANNEXE I CERTIFICAT ÉTHIQUE UQTR.....	280
ANNEXE J CERTIFICAT ÉTHIQUE DU MILIEU D'ACCUEIL.....	282
ANNEXE K LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ÉTUDIANTS .....	285
ANNEXE L LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ENSEIGNANTS .....	290
ANNEXE M MATRICE DE CORRÉLATION ENTRE LE QDTCA ET L'EDI-A- 24.....	295

## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 1.1 TCA dans le contexte collégial québécois : deux faces d'une même pièce .....	24
Figure 2.1 Continuum des attitudes et comportements alimentaires inappropriés .....	32
Figure 2.2 Sous-types d'ACAI.....	34
Figure 2.3 Continuum des ACAI adapté au contexte éducatif.....	38
Figure 2.4 Modèle biopsychosocial .....	39
Figure 2.5 Facteurs d'influence des ACAI selon le modèle biopsychosocial.....	41
Figure 2.6 Récapitulatif des objectifs et des hypothèses de recherche.....	75
Figure 3.1 Phases de la recherche selon un devis mixte hybride entre intégré et séquentiel.....	80
Figure 3.2 Étapes de l'analyse quantitative .....	98
Figure 3.3 Étapes de l'analyse qualitative .....	102

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 2.1 Répartition des disciplines sportives en fonction des catégories de sports dits de minceur et de prise de poids .....	51
Tableau 3.1 Balises théoriques utilisées dans l'étape 3 de l'analyse de contenu.....	101
Tableau 4.1 Description de l'échantillon .....	106
Tableau 4.2 Attitudes et comportements alimentaires inappropriés .....	109
Tableau 4.3 Facteurs d'influence psychologique des ACAI.....	111
Tableau 4.4 Facteurs d'influence sociale : pression perçue de minceur et de performance, sources de pression et intensité de pratique sportive .....	114
Tableau 4.5 Résultats des régressions linéaires .....	117
Tableau 4.6 Description des participants .....	118
Tableau 4.7 Manifestations des TCA selon les enseignants .....	124
Tableau 4.8 Étiologie des TCA selon les enseignants .....	130
Tableau 4.9 Influence des TCA sur les étudiants selon les enseignants .....	139

Tableau 4.10 Place de la prévention des TCA en contexte académique selon les enseignants ..... 143

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACAI : Attitudes et comportements alimentaires inappropriés

APA: American Psychiatric Association [Association américaine de psychiatrie]

CCI : Comportement compensatoire inapproprié

CIUSSS MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

CSE : Conseil supérieur de l'éducation

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux]

EDI: Eating disorders inventory [Inventaire des troubles du comportement alimentaire]

QDTCA : Questionnaire de diagnostic des troubles du comportement alimentaire

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

RSEQ : Réseau du sport étudiant du Québec

TCA : Troubles du comportement alimentaire

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

## RÉSUMÉ

Dans une société actuelle axée sur la performance, les enseignants du collégial sont de plus en plus amenés à intervenir auprès d'étudiants vivant des difficultés d'adaptation. Parmi ces difficultés, les troubles du comportement alimentaire (TCA) nous intéressent plus particulièrement. Les TCA concernent 1 à 3 % de la population et s'accompagnent de complications biopsychosociales pouvant, dans les cas les plus sévères, mener au décès. Par contre, il existe un continuum de sévérité des TCA, connu sous le nom de continuum des attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI), qui permet de mettre en évidence des comportements pouvant mener aux TCA. Ces ACAI concernent, quant à eux, jusqu'à 60 % des étudiants et sont également associés à des complications biopsychosociales pouvant nuire à la santé globale de l'étudiant, mais aussi son cheminement académique. Malgré ce constat, très peu, voire aucune étude ne s'intéresse à la proportion des étudiants du collégial, au Québec, concernés par les ACAI. Ainsi, dans une perspective d'éducation à la santé et de prévention primaire des TCA, il convient de s'intéresser aux ACAI, particulièrement auprès des publics à risque comme les étudiants du collégial, soumis à des pressions académiques, développementales et sociétales qui les rendent plus vulnérables. Cette prévention passe par les intervenants éducatifs, notamment les enseignants, qui côtoient ces étudiants. Toutefois, à la lumière de nos observations et des écrits consultés, les ACAI semblent peu connus du milieu de l'éducation. De ce fait, les enseignants deviennent malgré eux des facteurs de risque des ACAI. À notre connaissance, aucune étude au Québec n'a identifié les connaissances des enseignants relatives aux ACAI, permettant de les positionner comme des acteurs de prévention primaire. Finalement, les connaissances des enseignants ne semblent jamais avoir été mises en parallèle avec les caractéristiques des étudiants.

Ainsi, cette étude à devis mixte tente de dresser le portrait des ACAI en contexte collégial québécois, en vue de proposer un programme de prévention adapté à la réalité de terrain. Son objectif général est de documenter les ACAI dans un collège au Québec selon un double portrait, soit celui des étudiants qui vivent les ACAI et celui des enseignants, à travers leurs connaissances des ACAI. L'hypothèse générale suppose des différences entre les ACAI vécus et perçus.

Pour répondre à l'objectif général, cette recherche comporte deux phases séquentielles et complémentaires. En effet, pour identifier les différences ou les similitudes entre les connaissances des enseignants et la réalité de leur collègue, il convient de décrire en amont les ACAI chez les étudiants (phase 1). Dans un premier temps, 165 étudiants du collégial âgés de 18 à 25 ans inscrits dans différents programmes d'études ont rempli trois questionnaires (l'inventaire des TCA, le questionnaire de diagnostic des TCA, ainsi qu'un questionnaire d'informations générales). Le questionnaire d'information générale vise à recueillir des informations sociodémographiques en lien avec le cursus académique, la qualité des relations, la pression perçue, l'état de santé ou encore la pratique sportive. Pour sa part, l'inventaire des TCA permet d'identifier la présence de facteurs psychologiques prédisant l'apparition des ACAI. Le questionnaire de diagnostic des TCA porte, quant à lui, sur la présence et la fréquence des ACAI. Dans un deuxième temps (phase 2), 30 enseignants ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire évaluant leurs connaissances déclarées des TCA. Notons que ces enseignants interviennent dans les programmes d'études suivis par les étudiants interrogés dans la phase 1. Par la suite, les enseignants ont participé à un groupe de discussion de 45 minutes visant à approfondir leur compréhension des TCA. Les résultats issus de la première phase de la recherche ont permis d'élaborer le canevas d'entretien et d'alimenter les discussions.

Les statistiques quantitatives menées sur les données collectées auprès des étudiants indiquent, d'une part, la présence d'ACAI chez les étudiants. Les analyses qualitatives réalisées sur les verbatim issus des groupes de discussion et du questionnaire, montrent, d'autre part, que si les enseignants possèdent des connaissances sur les ACAI, celles-ci étant parcellaires. Les enseignants sont conscients des difficultés vécues par les étudiants, mais ne sont pas toujours capables de faire le lien entre leurs connaissances théoriques et leurs propres pratiques. Une prise de conscience de la complexité des ACAI et de l'importance d'y être sensibilisé ressort toutefois de ces échanges. Ces résultats nous permettent d'identifier les vulnérabilités des étudiants et les écarts à combler sur le plan de la formation des enseignants, toujours dans une perspective d'éducation à la santé. De cette façon, il est possible de cibler des pistes d'intervention pour la mise en place d'un programme de prévention adapté à la réalité de terrain.

Mots clés : attitudes et comportements alimentaires inappropriés, collègue, connaissances, croyances, étudiants, enseignants, prévention, transitions, troubles du comportement alimentaire

## INTRODUCTION

Cette recherche doctorale s'intéresse aux enjeux et défis de la prise en compte des troubles du comportement alimentaire (TCA) dans un contexte éducatif, qui prennent la forme d'attitudes et de comportements alimentaires inappropriés (ACAI) chez les étudiants du collégial. Cet objet de recherche est considéré dans une approche de développement de la santé globale et de prévention, selon une double réalité : celle des étudiants qui vivent les ACAI, et celle des enseignants qui doivent composer avec ces étudiants et qui peuvent jouer un rôle majeur dans la prévention des ACAI.

Le chapitre I situe l'objet de recherche dans le cadre des périodes de transition, notamment celle du collégial, représentant l'étape intermédiaire, au Québec, entre le secondaire et l'université. Les spécificités de cette période de transition pouvant expliquer le développement des ACAI sont alors présentées. Les raisons sous-jacentes à l'étude de ce phénomène sont mises en évidence par la description de la problématique qui entoure les répercussions des TCA, et ce, tant au niveau sociétal qu'académique. Les limites à combler sur les plans social et scientifique amenant à la question générale de recherche complètent ce chapitre.

Le chapitre II définit les éléments conceptuels essentiels à une compréhension approfondie de l'objet de recherche. Les TCA et les ACAI sont tout d'abord définis. Les modèles explicatifs à la base du développement des ACAI sont ensuite présentés. Le rôle crucial de la formation continue des enseignants pour favoriser les



connaissances relatives aux ACAI est situé à travers la prévention des TCA. Ce chapitre se conclut par la présentation de l'objectif général de recherche, qui consiste à dresser le portrait des attitudes et comportements alimentaires inappropriés en contexte collégial selon une double réalité : celle des étudiants et celle des enseignants. Deux sous-objectifs sont identifiés. Le premier permet de documenter les ACAI chez les étudiants. Le deuxième sous-objectif de recherche vise à identifier et décrire les connaissances et croyances des enseignants sur les ACAI. Les hypothèses de recherche sont également présentées.

Le chapitre III présente d'abord le devis méthodologique privilégié dans la thèse. Son opérationnalisation poursuit cette section, alors que sont explicités les modalités de recrutement, les caractéristiques des participants, le déroulement ainsi que les instruments et outils de collecte de données se retrouvant aux différentes phases de la recherche. Les différents types d'analyses utilisés pour traiter les données font l'objet d'une présentation détaillée.

Le chapitre IV, divisé en deux parties, présente les résultats issus des différentes phases de la recherche. La première se rapporte aux caractéristiques des étudiants en lien avec les ACAI, alors que la deuxième partie met en lumière les connaissances déclarées des enseignants face à cette problématique.

Le chapitre V, pour sa part, propose une discussion des résultats de recherche présentés. Les éléments de la problématique sont discutés à la lumière des résultats, et des pistes de réflexion sont amenées pour répondre au problème de recherche identifié.

La thèse se termine par une conclusion qui rappelle les grandes phases et résultats de la recherche, cerne les limites de l'étude ainsi que son originalité, et ouvre sur des prospectives de recherche.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE

Au cours de leur vie, les individus vivent plusieurs périodes de transition, caractérisées par différentes tâches développementales et pouvant, dans certains cas, nuire à leur bien-être (Baubion-Broye, 1998 ; Schlossberg, 1981). Ces périodes de transition peuvent être liées au cursus académique, professionnel ou, tout simplement, au développement. Ces transitions surviennent, par exemple, lors du passage du statut d'enfant à celui d'adolescent, d'adolescent à celui d'adulte, ou encore à la fin de l'âge adulte (Gaudet, 2005). Sur le plan académique, ces périodes sont identifiées entre le primaire et le secondaire, le secondaire et le collégial ainsi que le collégial et l'université. Dans une société actuelle organisée autour de la performance et de la réussite, ces périodes de transition peuvent être difficiles à gérer et nécessitent des ajustements de la part de l'individu, alors plus vulnérable aux troubles internalisés<sup>1</sup> (Eisenberg et *al.*, 2013). Parmi les périodes énumérées, celle des études collégiales

---

<sup>1</sup> Un trouble internalisé se caractérise par des symptômes tournés vers l'intérieur de l'individu, par opposition au trouble externalisé, qui lui se caractérise par des symptômes visibles tels que l'impulsivité, par exemple.

nous intéresse tout particulièrement. Il s'agit en effet de l'une des transitions les plus exigeantes pour l'individu qui, au cours de cette période, doit faire face à plusieurs transitions qui se cumulent, se chevauchent (Boujout et Bruchon-Schweitzer, 2010 ; Germain, 2017 ; Schiltz et Brytek-Matera, 2009 ; Schulenberg et *al.*, 2004). La période des études collégiales s'accompagne donc de nombreux changements, et ce, tant sur le plan biologique, psychologique que social, pouvant induire un stress cumulé pour les étudiants (American Psychological Association, 2002 ; Cloutier et Drapeau, 2008 ; Landry et *al.*, 2016). En effet, la transition académique vécue par l'étudiant à ce moment-là coïncide avec le passage de l'adolescence à l'âge adulte, défini par Arnett (2000) comme la période de l'adulte émergent.

### 1.1 Mise en contexte : le collégial, une période charnière dans le développement

Durant leurs années passées au collège, les étudiants<sup>2</sup> vont vivre simultanément et successivement deux, voire trois transitions. La première transition, développementale, est celle qui fait passer l'adolescent vers l'âge adulte. La deuxième transition, correspondant au passage entre un statut d'élève du secondaire à un statut d'étudiant au collégial, est quant à elle institutionnelle. Mais l'anticipation du passage d'étudiant du collégial à étudiant universitaire ou à un professionnel représente une transition professionnelle que l'on peut qualifier de troisième transition, directement intégrée à la deuxième (Rojo et *al.*, 2017). À des fins pédagogiques, ces transitions sont présentées de façon séquentielle, mais elles surviennent en fait de façon concomitante

---

<sup>2</sup> Dans ce document, l'emploi du masculin vise à désigner les étudiants et étudiantes, et n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

et leur traduction chez l'étudiant s'opère selon un prisme systémique : un plan influençant l'autre.

### 1.1.1 Spécificités des transitions développementales et institutionnelles

Pendant leurs études collégiales, les étudiants vivent une transition développementale majeure, soit celle qui les fait passer de l'adolescence à l'âge adulte, sur les plans physiologique, légal, psychologique ou encore social. Cette transition correspond à la période qu'Arnett (2000) nomme la période de l'adulte émergent et qui s'étale de 18 à 25 ans. Distincte de la période de l'adolescence et du stade du jeune adulte, cette période est cruciale dans le développement, car les expériences vécues au cours de cette étape imprègnent l'identité et la mémoire de l'individu de façon plus importante que n'importe quelle autre période de développement (Tanner, 2006). Zarrett et Eccles (2006) ajoutent même que les choix qui seront faits pendant cette étape influenceront le reste de la vie de l'étudiant.

Même si les changements d'ordre physique ne caractérisent pas nécessairement cette période de la vie, les étudiants sont toujours en train de vivre des changements biologiques, psychologiques, émotionnels et sociaux (Conseil supérieur de l'éducation [CSE], 2010). Sur le plan biologique, le début de l'âge adulte correspond à une période de grande croissance neurocognitive se traduisant par l'acquisition du raisonnement, de la capacité de réflexion où l'étudiant développe, entre autres, des habiletés de contrôle de ses pulsions et peut se projeter dans l'avenir (Crews et *al.*, 2007). Par contre, la maturation plus précoce de l'amygdale comparativement au cortex préfrontal peut induire des variations de l'humeur et une gestion des émotions parfois difficile, non adaptative aux situations vécues (Paillères-Martinot, 2009). Cette maturation pourrait

expliquer que les étudiants ne soient pas encore totalement matures émotionnellement (Paillères-Martinot, 2009).

Sur le plan psychologique, ces changements sont reliés au développement identitaire et au développement des ressources psychologiques personnelles, qui aident l'étudiant à affronter les obstacles qu'il pourrait rencontrer, et à passer à travers ces périodes de transition sans heurts. Il est, par exemple, question du développement du sens critique, des capacités adaptatives, de l'estime de soi, des compétences socioémotionnelles ou encore sociocognitives (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010 ; Vezeau et Bouffard-Bouchard, 2007).

Le stade développemental de l'adulte émergent comporte plusieurs décisions reliées à l'identité (Arnett, 2000). Durant cette période, caractérisée par un grand besoin d'affirmation et de différenciation pour établir son identité personnelle d'adulte (Erikson, 1968 ; Schulenberg et Maggs, 2002), l'étudiant du collégial, disposant d'une plus grande autonomie et liberté, est amené à faire des choix quant à ses valeurs, son programme d'études, son emploi ou encore son lieu de résidence (Schulenberg et *al.*, 2004). C'est également au cours de cette période que l'étudiant explore et met en place ses habitudes alimentaires de même que ses habitudes et croyances liées à la santé (Nelson et *al.*, 2008). À cet égard, le développement de l'autonomie se traduit également dans les choix alimentaires de l'étudiant, qui ne sont plus contrôlés ou imposés par les parents. En d'autres termes, c'est aussi une période où le jeune doit faire plusieurs choix face au futur.

Finalement, sur le plan social et émotionnel, ces changements correspondent, par exemple, à un départ de la maison familiale, voire de la ville natale, mais aussi par le développement d'un sens des responsabilités, la nécessité de subvenir à ses besoins

(Rojo et *al.*, 2017 ; Wilkinson, 2012). C'est le moment où les relations sociales sont mises à l'épreuve, où de nouvelles relations se forment en vue de l'accès éventuellement à une vie amoureuse stable et une vie de famille dans certains cas (Roy, 2015 ; Vezeau et Bouffard-Bouchard, 2007). L'étudiant du collégial doit également réfléchir à l'attitude à adopter vis-à-vis de la consommation d'alcool ou de drogues, par exemple, ce qui représente un des défis les plus importants de cette période (Mattanah et *al.*, 2010). L'ensemble de ces attentes liées aux tâches développementales à accomplir amène son lot de pression et d'enjeux. Cette période de transition considérable contraint l'étudiant à s'adapter afin de préserver son équilibre, et ce, tant sur le plan personnel qu'académique (CSE, 2010 ; Vézeau et Bouffard, 2007). Si, pour la majorité des individus, ce passage est vécu de façon harmonieuse, pour quelques-uns, plus incertains face aux transformations des rôles sociaux associés aux transitions développementales, cette étape peut perturber la santé mentale et ainsi mener au développement de psychopathologies (Germain, 2017 ; Schulenberg et Zarrett, 2008).

Parallèlement à la transition développementale, les étudiants du collégial vivent une deuxième transition, cette fois institutionnelle (CSE, 2010). Cette transition, qui fait passer l'individu du statut d'élève à celui d'étudiant, s'insère dans un contexte institutionnel qui exige que l'étudiant doive faire face à plusieurs adaptations sur le plan académique. Ces adaptations sont liées à la transition secondaire-collégial, d'une part, et à l'orientation professionnelle, d'autre part. Ainsi, le passage du secondaire au collégial implique des changements multiples dans l'environnement social et pédagogique (p. ex., encadrement, degré d'autonomie, exigence et charge de travail) (Corriveau, 2007). Selon Giddan (1988), la première année collégiale représente l'adaptation la plus difficile dans la vie de l'étudiant. La transition secondaire-collégial peut être génératrice de stress négatif pour l'étudiant, et ce, dans la mesure où des ajustements s'opèrent chez les étudiants du collégial qui se trouvent confronté à une

nouvelle liberté, notamment en termes de choix de cours et de gestion de leur horaire (Roeser et Eccles, 2000). Les étudiants passent en effet « d'un système fondé sur la discipline à un système fondé sur la liberté et l'autonomie » (Métayer, 1991, p. 8). De plus, la filière choisie, à savoir préuniversitaire (deux ans) ou technique (trois ans), détermine en grande partie la trajectoire professionnelle de l'étudiant. Elle peut donc aussi être source de stress négatif pouvant entraîner un épuisement, considérant que ce dernier n'est pas encore totalement prêt à se projeter dans l'avenir et faire des choix ayant un impact majeur dans sa vie (Salmela-Aro et *al.*, 2008).

En effet, l'accroissement de la charge de travail à accomplir à l'extérieur des cours, les attentes d'autonomie, les grandes exigences académiques et la nécessité de préciser son choix vocationnel peuvent être des éléments anxiogènes pour ces « nouveaux » étudiants (CSE, 2010 ; Roeser et Eccles, 2000). Par conséquent, la transition entre les niveaux secondaire et collégial constitue en soi un « stresser » pouvant être perçu comme négatif, se traduisant par des changements biopsychosociaux majeurs (Grebot et Barumandzadeh, 2005 ; Richard et Marcotte, 2015). À cela peuvent s'ajouter plusieurs autres sources de stress négatif, notamment celles reliées à la pression académique relative à la réussite scolaire, et à l'atteinte de la cote R<sup>3</sup> attendue au collège, ou encore celles reliées à la pratique d'une activité sportive dite de performance (Cantin et Boivin, 2004 ; Roeser et Eccles, 2000).

---

<sup>3</sup> La cote de rendement au collégial, aussi appelée cote R, est une méthode statistique utilisée au Québec visant à mesurer la performance des étudiants de niveau collégial en vue de leur admission dans un programme contingenté à l'université.

Effectivement, les étudiants sportifs, c'est-à-dire les étudiants qui pratiquent un sport de façon intensive ou dans une visée de compétition (Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013) et qui s'inscrivent dans les programmes Sport-études ou dans le réseau intercollégial, visent l'excellence dans toutes les sphères de leur vie. Pour certains, l'accès à l'université, voire à une carrière professionnelle, est fonction de la performance académique et sportive. Pour ces étudiants, outre l'ensemble de ces changements induits par les transitions académiques et développementales communes à tous les étudiants, s'ajoute une pression supplémentaire inhérente à leur choix d'orientation qui augmente leur risque de s'exposer à un stress négatif. Si la pratique sportive peut constituer un « garant » de la santé psychologique et physique, elle peut aussi être un « catalyseur » des troubles psychologiques et physiques pour les individus qui pratiquent avant tout dans une visée de performance (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Cox, 2007 ; Rojo et *al.*, 2017).

### 1.1.2 Santé mentale des étudiants du collégial

Comme nous venons de le mentionner, au cours de son cheminement personnel et académique, l'étudiant du collégial est amené à vivre des transitions tant académiques que développementales, qui sont associées à des pressions pouvant s'avérer anxiogènes (Bonanséa et *al.*, 2015 ; Hicks et Heastie, 2008). Au regard de la combinaison entre les phases de transition précitées et des enjeux développementaux associés, les étudiants du collégial seraient confrontés à plusieurs types de pressions — académiques, développementales, sportives et professionnelles — provenant de différentes sources, telles que les amis, les parents, voire les enseignants. Ils seraient donc prédisposés, vulnérables aux difficultés d'adaptation, et ils constituent des populations dites à risque d'adopter des attitudes et des comportements dysfonctionnels pour tenter de s'adapter



à ces changements et au stress négatif vécu, mais aussi pour performer sur tous les plans. Ces comportements dysfonctionnels se traduisent parfois par des troubles psychologiques tant externalisés qu'internalisés, comme les troubles liés à l'usage de substances, la dépression et les troubles anxieux (Massé et *al.*, 2015). La santé mentale des étudiants influence plusieurs aspects de leur fonctionnement, incluant leur réussite scolaire, leur consommation de drogues et alcool, ainsi que leurs relations sociales, voire professionnelles (Ettner et *al.*, 1997 ; Kessler et *al.*, 1995). Les taux de prévalence<sup>4</sup> reliés aux problèmes de santé mentale chez les étudiants du collégial sont relativement élevés et associés à un haut risque de décrochage (Eisenberg et *al.*, 2013 ; Hartley, 2012).

Parmi ces problèmes de santé mentale, les troubles anxieux et la dépression apparaissent comme étant les plus communs et documentés (Eisenberg et *al.*, 2013 ; Nelson et Gregg, 2012). La dépression concernerait 17,3 % des étudiants du collégial, alors que les troubles anxieux généralisés concerneraient 7 % des étudiants (Eisenberg et *al.*, 2013 ; Needham, 2009). Par ailleurs, la comorbidité des troubles mentaux constitue un phénomène fréquent chez les adolescents et les jeunes adultes. En effet, 35 % des étudiants qui reçoivent un premier diagnostic de trouble de santé mentale, selon les critères de la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) développé par l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013), recevront par la suite au moins un autre diagnostic. Les répercussions de ces troubles sur le fonctionnement de l'individu seront alors plus grandes.

---

<sup>4</sup> En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population, dénombrant le nombre de cas de maladies à un instant donné ou sur une période donnée.

Au-delà de la dépression et des troubles anxieux, les étudiants du collégial sont également vulnérables à d'autres troubles internalisés, plus méconnus, sous-estimés et négligés : les troubles du comportement alimentaire (TCA) (Miller et Jome, 2010). Ces derniers peuvent conduire à l'abandon scolaire (Fragkos et Fragkos, 2013 ; Yanover et Thompson, 2008 ; Tavollacci et *al.*, 2013). Plusieurs études ont d'ailleurs démontré que l'apparition du premier TCA chez un individu pouvait être liée, dans 5 % des cas, à un changement scolaire ou professionnel, comme le passage au niveau collégial, par exemple (Flamment et Jeammet, 2002). De la même façon, certaines études ont montré qu'il existe une association entre le stress perçu et les TCA, le stress perçu prédisant la fréquence de comportements tels que les crises de suralimentation (Bittinger et Smith, 2003 ; Wolf et Crowther, 1983).

Dans une population collégiale telle que décrite, les TCA sont donc particulièrement prévalents, peu connus et difficiles à identifier avant un stade avancé en raison de leur caractéristique internalisée (APA, 2103 ; Miller, 2010). Par ailleurs, ils peuvent mener à une déscolarisation temporaire, par les complications biopsychosociales qu'ils induisent (Yanover et Thompson, 2008). Il semble alors important de s'y intéresser et de mieux les comprendre afin de pouvoir éviter que ces complications ne s'installent. La prochaine partie vise donc à présenter l'ampleur des TCA dans le contexte éducatif.

## 1.2 TCA chez les étudiants du collégial : état de la situation

Afin de mieux saisir l'ampleur du problème à l'étude, il convient de positionner succinctement la définition des TCA de mettre en lumière leur prévalence, et d'expliquer leurs répercussions sur le développement personnel et académique de l'étudiant.

### 1.2.1 Prévalences des TCA

Les TCA se définissent comme un ensemble de troubles caractérisés par des perturbations psychologiques conduisant à des désordres physiologiques de l'appétit et de la consommation alimentaire, dégradant significativement la santé physique, mentale et le fonctionnement psychosocial de la personne (Fairburn, 2008). Si les TCA sont généralement résumés à l'anorexie mentale, la boulimie et, tout récemment, au trouble d'accès hyperphagiques, ils renvoient en réalité à une diversité de troubles spécifiés et non spécifiés. Chacun de ces troubles sera défini ultérieurement, mais la présente section vise à dresser un portrait des TCA depuis les dix dernières années. Il est important de noter que les études présentées ci-dessous ont été menées sur le plan international et qu'aucune donnée à ce jour, à notre connaissance, ne reflète la réalité québécoise.

Dans sa cinquième et dernière édition, le DSM-5 inclut trois principaux TCA spécifiés, soit l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques (APA, 2013). Les taux de prévalence de ces TCA sont de 1 %, 2 % et 3 % respectivement, dans les pays industrialisés tels que le Canada, les États-Unis ou encore les pays européens (Hoek et Van Hoeken, 2003 ; Hoek, 2006 ; Hudson et *al.*, 2007). Cependant, ces taux sont souvent sous-estimés dans la mesure où ils dépendent des registres d'hospitalisation. En raison de la stigmatisation qui entoure les troubles de santé mentale, les personnes concernées tardent ou refusent de chercher de l'aide. Ainsi il est plus difficile d'évaluer réellement le nombre de personnes présentant des TCA. Ces taux ne reflètent donc pas l'ensemble de la réalité des TCA, particulièrement celle des étudiants, qui ne présentent pas des formes de TCA nécessitant une hospitalisation. En revanche, certaines études rapportent la présence de comportements problématiques en lien avec l'apparence et le poids au sein des populations collégiales dans des

proportions plus grandes. Il est question, par exemple, de comportements alimentaires problématiques, de comportements visant à prévenir la prise de poids comme l'exercice excessif, ou encore du recours aux régimes amincissants, voire protéiniques. À ce sujet, Mustapic, Marcinko et Vargek, en 2015, montrent que de 8 % à 17 % des étudiants présentent des comportements alimentaires problématiques, qui sont précisés dans d'autres études. Certains auteurs font référence aux techniques de contrôle du poids pathogènes, telles que les régimes excessifs ou encore la prise de laxatifs (Neumark-Sztainer *et al.*, 2012). Cette même étude met aussi en évidence que ces comportements concernent 50,2 % des jeunes filles et 38,1 % des garçons. Selon une autre étude, 60 % des jeunes filles tentent de perdre du poids malgré un poids santé (Morris et Katzman, 2003). Finalement, 14,4 % des étudiants ont recours à des crises de suralimentation et 7,5 % aux vomissements provoqués (Woodhall *et al.*, 2015).

Parmi les étudiants, ceux qui pratiquent une activité sportive semblent constituer un sous-groupe au sein duquel ces chiffres sont encore plus élevés (Filaire *et al.*, 2007 ; Monthuy-Blanc *et al.*, 2018a ; Thompson *et al.*, 2017). Il existe des troubles se rapprochant de troubles cliniques que l'on retrouve dans les populations sportives comme l'anorexie sportive et l'anorexie inversée, qui concernent, quant à elles, 8 % et 10 % des sportifs (Deimel et Dunlap, 2012 ; Grieve, 2007). Par ailleurs, jusqu'à 70 % des étudiants sportifs pratiquant des sports à catégories de poids, tels que le judo ou la lutte, par exemple, seraient engagés dans des régimes (Torsveit et Sundgot-Borgen, 2005). Une autre étude indique que 51,6 % des sportifs qui participent à des compétitions nationales auraient, pour perdre du poids, recours à des comportements compensatoires inappropriés (CCI) comme l'exercice physique excessif, ce que certains auteurs nomment hyperactivité physique (Chatterton et Petrie, 2013 ; Probst *et al.*, 2014).

Plus récemment, Thompson, Petrie et Anderson (2017) montrent que 15,7 % des jeunes filles sportives ont recours à des comportements restrictifs, 18,6 % auraient régulièrement des crises de suralimentation (au moins une fois par semaine) et 2,9 % utiliseraient l'exercice physique de façon excessive dans le but de perdre du poids. Elles consommeraient également des laxatifs et des diurétiques. Selon cette même étude, ces comportements seraient présents dans une proportion plus importante que chez les jeunes filles non sportives.

Finalement, d'autres études font état de caractéristiques plus internalisées que celles précédemment mentionnées, comme le désir de minceur qui serait présent chez 29 % des étudiants sportifs contre 26 % chez les non-sportifs (Holm-Denoma et al., 2009). Selon l'étude de Grabe, Ward et Hyde (2008), 50 % des jeunes filles présentent une insatisfaction corporelle considérée de modérée à élevée. Ces différents chiffres mettent en évidence des caractéristiques pouvant mener aux TCA. À ce sujet, l'étude de Jacobi et al. (2011) met en exergue que 25 % des étudiantes présentent des préoccupations corporelles et pondérales, et que 10 % seraient à risque de désordres alimentaires. Pour Taylor et al. (2003), le genre féminin et la présence de préoccupations pondérales constitueraient les deux meilleurs indicateurs qui permettent d'identifier les personnes à risque de TCA.

Pour résumer, les différents taux de prévalence cités mettent en avant que contrairement à ce qui est médiatisé, les TCA ne se résument pas simplement à l'anorexie mentale ou à la boulimie, et ils concernent en réalité bien plus de 3 % de la population. En fait, il existe un ensemble de comportements et d'attitudes en lien avec le poids et la forme corporelle qui peut mener aux TCA, et qui concerne jusqu'à 70 % de la population étudiante (Ackard et al., 2007 ; Bonci et al., 2008 ; Hoek et Van Hoeken, 2003). Dans la mesure où la plupart des préoccupations corporelles et

alimentaires se développent pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte, la période des études collégiales constitue donc une période clé pour identifier le risque de TCA, et ce, afin d'éviter leur développement (Tavolacci et *al.*, 2015). D'autant que les préoccupations corporelles qui se développent pendant cette période ont tendance à persister toute la vie (Tavolacci et *al.*, 2015). De plus, comme démontré dans la section suivante, les TCA s'accompagnent de complications biopsychosociales dont la gravité augmente avec la sévérité et la chronicisation du trouble, pouvant mener à une déscolarisation temporaire (Harper et Hardman, 2003). Il semble donc important de s'intéresser aux TCA dans le contexte éducatif, particulièrement celui du collégial.

### 1.2.2 Effets des TCA en contexte académique

Parmi les problèmes de santé mentale pouvant affecter les étudiants du collégial, les TCA constituent les seuls troubles dont les répercussions affectent directement les trois pôles de la personne (santé physique, mentale et fonctionnement psychosocial), influençant ainsi tant l'expérience scolaire, sportive que le développement de l'étudiant (Fairburn, 2008 ; Mehler, 2011). Les TCA conduisent à une hospitalisation et une chronicisation dans 50 % des cas d'anorexie mentale (Carter et *al.*, 2004). Les coûts associés à l'hospitalisation pour des TCA, de 57 jours en moyenne, au Canada, s'élèvent à 55 000 dollars avec un pronostic défavorable dans 30 % à 40 % des cas cliniques, et ce, même avec des thérapies évaluées comme étant les plus efficaces (Couturier et Lock, 2007 ; Halmi et *al.*, 2005).

Par les complications qu'ils induisent sur le plan physique (allant jusqu'à l'arrêt cardiaque lié à la malnutrition et le suicide pour l'anorexie mentale, ou la rupture de l'œsophage causé par les vomissements provoqués pour la boulimie), les TCA

constituent le trouble psychologique le plus mortel du DSM-5 (APA, 2013). Les taux de mortalité varient de 0,1 % à 21 % pour des cas d'anorexie mentale, avec une moyenne annuelle de 7 % (Steinhausen, 2002). Ce taux annuel est de 1,8 % pour la boulimie (Fisher, 2003; Stice et *al.*, 2013b). Ces chiffres alarmants renforcent donc l'intérêt de prévenir leur émergence afin de ne pas se retrouver avec de telles complications chez les étudiants. À titre d'exemple, sur le plan somatique, les TCA peuvent mener à une détérioration de l'état général, la fonte musculaire, une chute de la température corporelle, la déshydratation, voire des troubles hormonaux (Katzman, 2005 ; Melher, 2011). Il est aussi question d'un retentissement sur le système cardiovasculaire, tel que l'hypotension et des troubles du rythme cardiaque, mais aussi des anomalies cérébrales parfois irréversibles. Sur le long terme, ces complications peuvent induire un blocage de croissance, une atteinte osseuse (Alvin, 2001 ; Ratnasuriya et *al.*, 1991).

Sur le plan psychosocial, l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques sont fréquemment associés à des troubles anxieux et dépressifs, dans 65 % et 99 % des cas respectivement (Fragkos et Fragkos, 2013 ; Swinbourne et *al.*, 2012). D'autres comorbidités sont aussi observées, à savoir l'abus de substances, les troubles obsessionnels compulsifs ou encore le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (Baker et *al.*, 2010 ; Tabler et Geist, 2016). Ce lien entre les TCA et les autres troubles internalisés ou externalisés qui peuvent se développer est particulièrement intéressant, car la transition secondaire-collégial est elle-même associée à de nouvelles expérimentations et à une augmentation, par exemple, de la consommation de substances telles que l'alcool, les drogues ou la cigarette (Gagnon, 2009).

Selon certains auteurs, les étudiants concernés par des problèmes de santé mentale performant moins bien que les autres et atteignent des niveaux d'éducation moins élevés (McLeod et *al.*, 2012). Par ailleurs, ils sont aussi plus à risque de développer des problèmes tels que la délinquance ou des troubles liés à l'usage de substances<sup>5</sup> (Staff et *al.*, 2008). Les TCA s'accompagnent aussi d'un fonctionnement social altéré marqué, prenant par exemple la forme de restrictions au niveau des sorties, des contacts, des activités, entraînant ainsi un isolement (Chavez et Insel, 2007 ; Katzman, 2005).

Si ces complications se retrouvent dans le cas de TCA cliniques, des complications plus modérées peuvent se manifester en amont, notamment dans un contexte de classe. Sur le plan physique, par exemple, il peut s'agir tant d'un état de fatigue général, que de douleurs intestinales, de déshydratation, de maux de tête, d'une intolérance au froid, de troubles du sommeil ou de lésions ligamentaires voire de fractures (Alvin, 2001 ; Katzman, 2005 ; Thein-Nissenbaum et *al.*, 2011). Ces complications peuvent interférer avec l'attention des étudiants, leur aptitude à compléter une activité sportive ou encore leur présence en classe. Dans le cas de la boulimie, par exemple, les effets des comportements compensatoires inappropriés peuvent interférer avec la capacité de l'étudiant à étudier ou terminer ses travaux (Yanover et Thompson, 2008). En effet, le recours aux vomissements provoqués, par exemple, peut causer de la fatigue, et l'exercice excessif peut lui-même engendrer une perte d'énergie. Il est même possible de considérer que les étudiants vont s'absenter des cours afin de s'adonner aux comportements de potomanie, voire les vomissements provoqués.

---

<sup>5</sup> Les troubles liés à l'usage de substances se caractérisent par la consommation d'une substance psychoactive menant à une perte de contrôle de l'usage de cette substance, une détérioration du fonctionnement social, des prises de risque récurrentes liées à l'usage de la substance et des symptômes de tolérance ou de sevrage (APA, 2013).



Sur le plan psychologique et cognitif, ces complications peuvent prendre la forme de changements d'humeur, d'anxiété, de difficulté à se concentrer, d'une diminution de la capacité de la mémoire de travail ou encore d'une diminution de la capacité à résoudre des problèmes et autres tâches cognitives (Green et Rogers, 1995 ; McLeod et *al.*, 2012 ; Yanover et Thompson, 2008). L'attention portée sur les préoccupations corporelles et alimentaires peut également avoir un effet inhibiteur sur la performance académique de ces étudiants (Yanover et Thompson, 2008). Par contre, il convient tout de même de noter que dans certains cas, il est possible d'observer une influence positive temporaire des TCA, notamment dans le cas de l'anorexie mentale où le perfectionnisme va être associé à une amélioration ou du moins un maintien des performances académiques (Turgeon et *al.*, 2011). Il en est de même dans le sport ; c'est la raison pour laquelle il n'est pas rare de constater que les personnes présentant des TCA sont diagnostiquées trop tard, lorsque les conséquences négatives sont les seules à demeurer visibles (Monthuy-Blanc et *al.*, 2010). Enfin, sur le plan social, ces complications peuvent correspondre à une internalisation de l'idéal de minceur, un abus de substances, une altération de la qualité de vie, un repli sur soi ou encore une perte du cercle d'autrui significatif (Mehler, 2011 ; Monthuy-Blanc *al.*, 2010). L'insatisfaction corporelle ressentie par les étudiants peut également engendrer de l'absentéisme dû à l'anxiété physique sociale de devoir apparaître en public et donc de travailler en équipe (Yanover et Thompson, 2008).

Par ailleurs, les TCA sont associés à d'importantes distorsions cognitives et croyances dysfonctionnelles, ce qui implique qu'un étudiant présentant un TCA va déformer des messages au départ transmis dans une visée éducative ou informationnelle, ou un conseil dans un message qui entretient le TCA et augmente le risque de retrait des activités sociales, par exemple (Hellings et Boyles, 2007). L'entretien de ces croyances peut amener les étudiants à entretenir de faibles perceptions d'eux-mêmes et sentiments

de valeur personnelle, qui auront des conséquences délétères sur la sphère académique (Harper et Hardman, 2003).

En résumé, de par les complications qu'ils induisent, les TCA influencent l'apprentissage des étudiants, mais également la pratique des enseignants. En effet, ces complications vont en effet avoir des répercussions sur la disponibilité de l'étudiant face à l'apprentissage et sur son interaction avec ses pairs, mais aussi avec l'enseignant. Ces complications biopsychosociales, qui se manifestent à court et long terme, peuvent donc compromettre le bien-être physique et mental des étudiants, leur développement et, selon la sévérité du trouble, mener à une déscolarisation temporaire (Colman et *al.*, 2009 ; Eide et *al.*, 2010 ; Mehler et *al.*, 2015 ; Westmoreland et *al.*, 2016). Cependant, en intervenant en amont, il est possible de diminuer le risque d'apparition des TCA et ainsi éviter des complications plus sévères, elles-mêmes associées à une chronicisation du trouble. Cette réflexion nous amène alors à considérer les précurseurs des TCA, soit les attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI), qui s'accompagnent aussi de complications biopsychosociales, d'autant plus qu'ils sont plus prévalents dans une population collégiale, comme démontré précédemment. Finalement, si les ACAI affectent l'expérience académique des étudiants, ils affectent également la pratique des enseignants, qui peuvent à leur tour participer au maintien des ACAI, mais aussi à leur prévention, comme explicité dans la prochaine section.

### 1.3 Enseignants et santé des étudiants : spécificités du collégial et des ACAI

Comme précédemment mentionné, les complications biopsychosociales qui sont associées aux TCA font de ces derniers, et par voie d'extension des ACAI, un réel enjeu de santé publique, devenant alors une problématique à prendre en compte dans le

contexte éducatif contemporain (Chavez et Insel, 2007). En effet, si l'anorexie mentale et la boulimie se développent entre 15 ans et 19 ans et entre 16 et 20 ans respectivement, et que les ACAI sont des précurseurs de TCA (Combs et *al.*, 2013), cela implique que durant leurs études collégiales, les étudiants sont à risque de développer des ACAI (Keski-Rahkonen et *al.*, 2007, 2009). De plus, si les complications des ACAI se manifestent dans le contexte éducatif, c'est également à travers celui-ci qu'il est possible d'intervenir en amont de leur développement.

La mission de l'enseignant dépasse la transmission de connaissances. En effet, celui-ci est amené à participer au développement global de l'étudiant ainsi qu'au maintien de sa santé tant physique que mentale, garante de sa réussite, notamment par le développement de compétences transversales (Cloutier et Drapeau, 2008 ; Graham et *al.*, 2011 ; Ridley et Walther, 1995). D'ailleurs, plusieurs études identifient les milieux éducatifs comme les plus propices à la promotion de la santé et à la mise en place d'actions de prévention (Ciao et *al.*, 2014 ; Graham et *al.*, 2011 ; Harshbarger et *al.*, 2011).

Passant en moyenne 180 jours par année au sein du collège, les étudiants y côtoient des personnes-ressources comme les enseignants, lesquels sont bien placés pour repérer les ACAI, mais aussi intervenir sur ces derniers. De ce fait, bien que tous les enseignants ne considèrent peut-être pas que cela relève de leur responsabilité, le collège constitue un milieu privilégié pour intervenir sur le développement des ACAI en menant des actions visant la promotion de la santé, la sensibilisation et la prévention, notamment par l'implantation de programmes de prévention (Ciao et *al.*, 2014 ; Graham et *al.*, 2011 ; Lynn et *al.*, 2003 ; Carney et Scott, 2012). Les enseignants, considérés comme des autres significatifs, sont au centre de ces interventions (Carney et Scott, 2012). Par ailleurs, bien qu'il soit attendu des enseignants qu'ils « composent » avec des étudiants

ayant des besoins particuliers liés aux difficultés d'adaptation qu'ils vivent, ils ne sont que peu formés et préparés à cette réalité (Graham *et al.*, 2011). Il appert, par exemple, que les troubles internalisés, dont les TCA chez les étudiants, sont méconnus et sous-considérés par les enseignants (Knightsmith *et al.*, 2014 ; Miller et Jome, 2010). Ce constat nous amène à envisager qu'il en est de même pour les ACAI, moins connus encore que les TCA, et pose question sur le niveau de connaissances des enseignants au regard de la santé mentale. Il est toutefois assez difficile de se positionner sur ce sujet dans la mesure où une des particularités de l'enseignement collégial réside dans l'hétérogénéité de la formation du corps enseignant (CSE, 2010).

En effet, tous les enseignants du collégial ne détiennent pas de diplôme en enseignement, la plupart d'entre eux possèdent une formation disciplinaire ou un diplôme d'études spécialisées d'études collégiales. Par ailleurs, le diplôme en enseignement ne garantit pas que les enseignants possèdent des connaissances en lien avec la santé mentale des étudiants et même qu'ils sachent comment les réinvestir. En effet, au cours de la formation en enseignement, les troubles internalisés et externalisés vécus par les apprenants ne sont que peu abordés. Il en est de même pour la façon d'intervenir sur le plan pédagogique auprès de ceux-ci. Ainsi, il est possible de supposer que les enseignants du collégial, par leur formation disciplinaire ou pédagogique, ne possèdent que peu de connaissances sur les troubles d'adaptation, dont le trouble qui nous intéresse plus particulièrement dans cette thèse, soit les TCA dans toutes leurs formes (Currin *et al.*, 2009).

En outre, de nombreuses représentations sur les TCA sont véhiculées dans les médias, par exemple, l'image de la jeune fille anorexique décharnée. En dépit de l'augmentation de la prévalence des TCA dans leurs différentes formes, la désinformation sur leurs signes et symptômes demeure, et particulièrement en contexte

éducatif (Harsbarger et *al.*, 2011). Ces représentations, couplées au manque de formation, permettraient d'expliquer pourquoi les TCA, et surtout les ACAI, sont méconnus du domaine de l'éducation, et ce, malgré leur prévalence et leur influence délétère sur l'étudiant. Cependant, en dépit de cette méconnaissance, le rôle des enseignants dans la prévention des TCA n'en est pas moins important. Si les enseignants constituent la pierre angulaire de la prévention en milieu éducatif, la prévention nécessite leur engagement dans toutes les facettes de l'intervention (Neumark-Sztainer et *al.*, 1999). Des interventions de ce type ne peuvent pas être menées sans connaissances des TCA ou encore de la façon de les prévenir, surtout qu'au-delà du rôle préventif que les enseignants peuvent jouer, ils peuvent parfois devenir des facteurs de risque de TCA pour les étudiants en participant malgré eux au développement d'ACAI (Harper et Hardam, 2003). Par exemple, un enseignant d'éducation physique pourrait encourager un étudiant qui a perdu du poids à continuer d'en perdre pour être plus performant dans les cours d'éducation physique.

Ainsi, au regard des enjeux associés aux TCA et de l'importance des enseignants dans l'accompagnement des étudiants en période de transition, plus spécifiquement, il apparaît primordial de s'interroger sur les connaissances des enseignants sur les TCA de même que sur les croyances qu'ils entretiennent à ce sujet. Cependant, à notre connaissance, à l'instar de l'état de situation des étudiants du collégial au regard des TCA, très peu d'études permettent de renseigner les connaissances des enseignants à l'égard de cette réalité. En effet, il n'existe actuellement que très peu de données sur la littéracie en santé mentale des enseignants, plus précisément en lien avec les ACAI (Currin et *al.*, 2009).

#### 1.4 Question de recherche

Les étudiants du collégial constituent une population à risque de développer des ACAI en raison des différentes transitions qu'ils vivent durant cette période de leur vie. Cependant, l'approche actuelle en santé mentale visant à s'intéresser aux troubles cliniques, comme les TCA, ne permet pas de rendre compte de la réalité du collégial. En effet, les études consultées tendent à montrer que les étudiants ne présentent pas de TCA à proprement parler, mais utilisent plusieurs stratégies pour faire face aux attentes du collégial, tant dans la réussite académique que sportive ou encore dans l'ajustement à cette transition biopsychosociale. Elles peuvent aussi permettre à l'étudiant de s'intégrer socialement. Ces stratégies, qui prennent la forme de régimes chroniques, de consommation de boissons énergisantes ou d'exercice physique excessif, sont des précurseurs des TCA, soit des ACAI.

En résumé, comme illustré dans la Figure 1.1., les différentes pressions associées aux transitions vécues par les étudiants peuvent les amener à développer des ACAI, voire des TCA. Les ACAI s'accompagnent de complications biopsychosociales pouvant représenter un filtre entre l'étudiant et l'apprentissage, qui peut être moins réceptif à l'apprentissage. Par le fait même, en plus d'affecter l'étudiant, ils affectent également la pratique de l'enseignant. De plus, l'enseignant peut jouer un rôle sur l'émergence des ACAI. Si ce dernier possède des connaissances sur le sujet, il pourra aider l'étudiant à maintenir un équilibre. À l'inverse, si l'enseignant entretient des croyances, comme penser que les TCA renvoient à des problèmes nutritionnels, il pourrait participer au maintien des ACAI, nuisant ainsi au bien-être de l'étudiant. Il s'agit donc d'une même réalité vécue différemment selon les acteurs concernés.

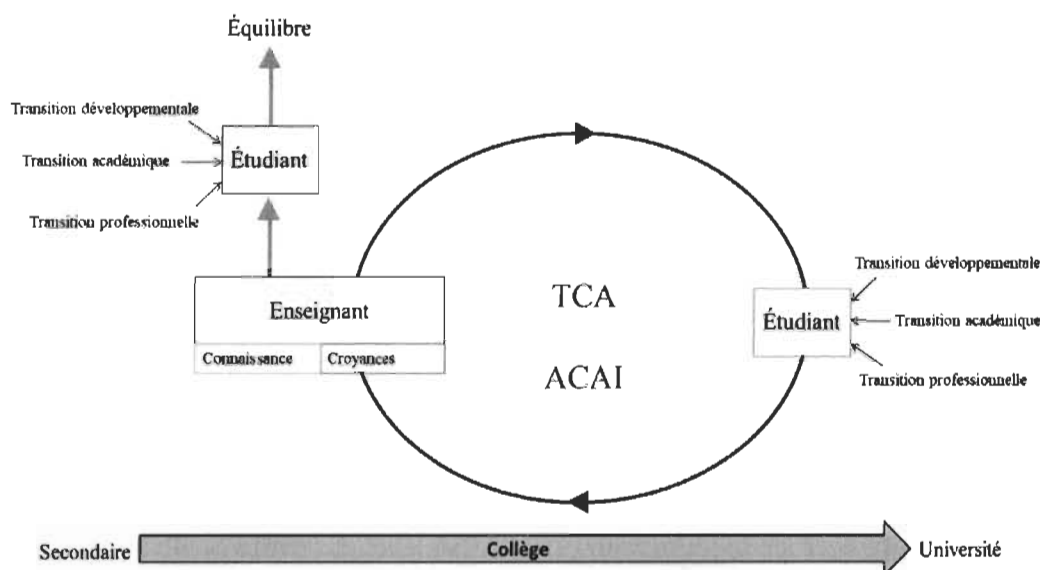


Figure 1.1 TCA dans le contexte collégial québécois : deux faces d'une même médaille

Ainsi, au regard de l'influence majeure des ACAI sur le développement global, la réussite académique des étudiants et le rôle de l'enseignant d'une part, et de la probabilité qu'un enseignant soit confronté aux ACAI au cours de sa carrière, d'autre part, il semble important de les étudier en contexte éducatif. Bien qu'ils soient encore mal compris et se limitent à une partie de la population, les ACAI constituent de véritables problèmes de santé publique en raison des complications liées à la santé de même que des coûts sociaux et obstacles à la réussite académique qu'ils représentent.

Dans le contexte éducatif au collégial, l'importance de prévenir les ACAI est encore plus grande, d'autant plus lorsqu'elle est couplée à une pratique sportive de performance. En effet, le collégial constitue une période charnière d'une triple transition, qui regroupe la présence de caractéristiques favorables à l'émergence des

ACAI, mais aussi des particularités liées à leur prévention. Cependant, par l'hétérogénéité de la formation des membres du corps enseignant du collégial et par l'absence de données empiriques à ce sujet, il est possible d'envisager que ces derniers ne sont pas en mesure d'identifier les signes précurseurs de TCA, soit les ACAI. Le manque de connaissances à ce sujet de même que l'absence d'accompagnement des enseignants peuvent contribuer au développement et au maintien des ACAI, de sorte que les enseignants ne peuvent pas mettre en œuvre les pratiques de prévention efficaces (Massé et *al.*, 2015 ; Torres McGehee et *al.*, 2011).

Ainsi, à notre connaissance, les recherches actuelles ne se positionnent pas sur les ACAI en contexte collégial, tant en termes d'étudiants concernés que du point de vue des enseignants et de leurs connaissances à ce sujet.

Dans une perspective de prise en compte de la santé des étudiants, ces constats nous amènent à formuler la question de recherche suivante : quelle est la réalité des TCA dans un contexte collégial québécois chez les étudiants et selon les enseignants ?

Cette question de recherche, à l'image des deux faces d'une même médaille (Figure 1.1.), tourne autour d'un axe, les TCA, appréhendés selon une double réalité, celle des étudiants qui les vivent et celle des enseignants qui les perçoivent chez les étudiants, par le biais des connaissances qu'ils estiment posséder à ce sujet

La problématique à l'origine de l'étude ayant été exposée, le cadre de référence portant sur les TCA, définis à travers leurs caractéristiques chez les étudiants et les enseignants, est présenté dans le prochain chapitre, ainsi que les objectifs et les hypothèses de recherche.



## CHAPITRE II

### CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent chapitre cherche à expliciter les TCA selon les deux points de vue abordés dans cette recherche. D'une part, il traite des TCA, qui influencent le développement personnel de l'étudiant en expliquant leur fonctionnement et en proposant une nouvelle façon de les appréhender en présentant les ACAI. D'autre part, il s'intéresse au rôle des enseignants face aux ACAI par les mécanismes de la prévention en contexte éducatif et les enjeux liés à cette prévention. Il est alors question des connaissances et croyances en lien avec la santé mentale des enseignants. À l'issue ce chapitre sont présentés les objectifs et sous-objectifs de la recherche ainsi que les hypothèses de recherche.

#### 2.1 TCA chez les étudiants : la première face de la médaille

Les TCA se définissent comme une perturbation psychologique grave et persistante des comportements alimentaires, associée à un comportement de contrôle du poids qui dégrade significativement la santé physique et le fonctionnement psychosocial d'une personne (Fairburn, 2008). En fait, les TCA font référence à un ensemble de troubles

variés, définis par plusieurs critères stricts, répertoriés dans le DSM-5 (APA, 2013). Ces critères permettent ainsi d'identifier et de différencier les TCA, au nombre de huit : 1) l'anorexie mentale, 2) la boulimie, 3) le trouble d'accès hyperphagiques, 4) le pica, 5) le mérycisme, 6) la restriction ou l'évitement de l'ingestion d'aliments, 7) l'autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifiés, et 8) le trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments non spécifiés. Parmi ces huit TCA, l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble d'accès hyperphagiques constituent les troubles les plus souvent observés auprès de la population adolescente et adulte (Eisenberg et *al.*, 2012a ; Sundquist et *al.*, 2016).

L'anorexie mentale se définit comme une peur intense de prendre du poids, associée à des comportements de restriction alimentaire. La boulimie est, pour sa part, caractérisée par la présence de crises de suralimentation suivies de comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids. Il s'agit, par exemple, de l'exercice physique excessif, des vomissements provoqués ou encore la prise de laxatifs. Le trouble d'accès hyperphagiques est, quant à lui, défini par la présence récurrente de crises de suralimentation, mais sans comportements compensatoires inappropriés (APA, 2013). Les critères diagnostiques des trois principaux troubles spécifiés sont disponibles en annexe A.

À titre d'exemple, voici les critères diagnostiques permettant de définir la boulimie :

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques. Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes : 1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de deux heures), d'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 ; 2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire

pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne ou exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Cet exemple permet de mettre en évidence l'approche dite catégorielle de la santé mentale, qui repose sur un système de critères diagnostiques dits opérationnels et athéoriques visant à établir la présence ou l'absence du trouble (Demazeux, 2008). Il est donc possible de constater que le DSM-5 fait partie d'un système de classification qui repose sur l'existence de catégories bien spécifiques et déterminées (Monthuy-Blanc, 2009 ; Russell, 1970). On parle alors de trouble clinique lorsque l'individu répond, pour une pathologie donnée, à l'ensemble des critères diagnostiques énoncés dans le DSM-5. Selon cette approche, les TCA sont alors considérés comme des troubles variant qualitativement les uns des autres : en d'autres termes, deux troubles, comme l'anorexie mentale et la boulimie, par exemple, ne peuvent pas s'exprimer simultanément, même s'ils possèdent des similitudes cliniques qui les placent dans la grande catégorie des TCA.

Au regard d'une population collégiale, plusieurs limites sont inhérentes à ce système catégoriel, qui envisage difficilement qu'un individu puisse présenter des critères appartenant à deux troubles distincts (Demazeux, 2008). De plus, l'approche

catégorielle ne permet pas de prendre en compte toute une partie de la population qui présente des comportements dysfonctionnels, non cliniques, mais pouvant mener à un TCA selon les critères du DSM-5 (Williamson et *al.*, 2005).

En lien avec cette thèse, plusieurs études mettent de l'avant la présence de comportements alimentaires à risque pouvant être qualifiés par certains auteurs de « troubles » sous-cliniques au sein de la population sportive : l'anorexie sportive ou *anorexia athletica* et l'anorexie inversée ou la bigorexie (Grieve, 2007 ; Moscone et *al.*, 2014 ; Mosley, 2009). Ces deux types d'anorexie sont plus caractéristiques des contextes de recherche de performance et plutôt dans des pratiques sportives telles que la course pour l'anorexie sportive, et le hockey pour l'anorexie inversée. Ces TCA des sportifs sont respectivement associés à la recherche d'un ratio poids/performance optimal et une prise de masse maigre en vue de l'amélioration des performances sportives (Afflelou, 2009 ; Deimel et Dunlap, 2012 ; Moscone et *al.*, 2014 ; Turcotte, 2016). Étant donné que ces troubles ne sont pas définis dans le DSM-5 ou relégués dans la catégorie des troubles alimentaires non spécifiés, il apparaît difficile de pouvoir les identifier dans des populations à risque comme les étudiants du collégial. Dans le même registre, un étudiant ayant des crises de boulimie suivies de comportements compensatoires inappropriés une fois par semaine pendant deux mois (en plus de répondre à trois autres critères diagnostiques du DSM-5) ne pourrait pas être identifié comme présentant strictement une boulimie. Mais ce même étudiant, par ces comportements, demeure à risque d'en développer.

L'approche catégorielle de la santé mentale, prônée par le DSM, conservée en partie par le DSM-5 et communément utilisée en psychiatrie, ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des caractéristiques qui précèdent le trouble clinique auprès d'étudiants du collégial qui sont à risque de le développer. Elle ne semble donc que peu appropriée

à la réalité des étudiants et peu adaptée aux besoins des enseignants dont la mission ne réside pas dans le diagnostic de troubles cliniques. Ainsi, compte tenu des limites de l'approche catégorielle, il convient de se tourner vers une autre conception des troubles mentaux, soit l'approche dimensionnelle initiée par Nylander (1971), pour s'intéresser aux précurseurs des TCA dans une perspective de prévention.

## 2.2 ACAI : une approche dimensionnelle des TCA dans un contexte collégial

Si l'approche catégorielle se définit par l'existence de catégories distinctes de troubles qui varient qualitativement les uns des autres, l'approche dimensionnelle étudie, quant à elle, les phénomènes psychiques comme des grandeurs, non directement mesurables, mais liés au cumul d'indicateurs directement mesurables (Demazeux, 2008). La conception dimensionnelle de la santé mentale proposée par Nylander en 1971 repose en fait sur l'existence d'un continuum de sévérité mettant en évidence des vulnérabilités psychologiques et des perturbations environnementales qui varient de façon quantitative (Monthuy-Blanc, 2018 ; Nylander, 1971). Cette approche vise à « assouplir » les critères diagnostiques en y introduisant des degrés de sévérité. Autrement dit, le TCA est, dans cette approche, considéré comme une échelle progressive fonctionnant en gradients d'intensité. Les comportements dysfonctionnels, nommés symptômes, ne sont plus décrits comme étant présents ou absents, ou encore envisagés comme des symptômes au sens médical du terme, mais plutôt comme des caractéristiques existant selon des balises quantitatives (Mintz et Betz, 1988).

L'approche dimensionnelle des TCA laisse ainsi la place à une approche transdiagnostique du trouble, permettant de l'appréhender selon une évolution temporelle (Fairburn, 2008). Plus précisément, l'approche transdiagnostique met de l'avant la possibilité de présenter en même temps des symptômes qui sont communs à

l'anorexie mentale et à la boulimie, par exemple, ou encore d'expliquer l'évolution fréquente des TCA (McFarlane et *al.*, 2008 ; Shisslak et *al.*, 1995 ; Wonderlich et *al.*, 2007) ; c'est-à-dire que parfois des symptômes d'anorexie mentale peuvent évoluer en symptômes de boulimie, qui peuvent eux-mêmes évoluer en symptômes de trouble d'accès hyperphagiques (Fairburn, 2008). Les TCA ne sont alors plus considérés comme qualitativement différents, mais comme partageant des symptômes congruents tels que l'insatisfaction corporelle ou le désir de minceur, par exemple.

À partir de ces deux conceptions de la santé mentale, il semble pertinent de privilégier dans cette thèse, une conception dimensionnelle qui permet ainsi de mettre en évidence leur fonctionnement évolutif, et qui peut être conceptualisée selon un continuum de sévérité qui varie d'un état normal à un état clinique, en passant par un état sous-clinique : le continuum de sévérité des TCA ou continuum des ACAI (Nylander, 1971). L'apparition du trouble avéré serait ainsi précédée par des comportements alimentaires intermédiaires, influencés par des caractéristiques psychosociales qui varient selon la sévérité des TCA : des préoccupations en lien avec l'alimentation et l'apparence physique peuvent conduire à des perturbations de l'alimentation, puis à des comportements alimentaires pathologiques, et enfin, à des TCA dans une forme plus sévère (Beals et Manore, 1999 ; Torstveit et *al.*, 2008 ; Turgeon et *al.*, 2015).

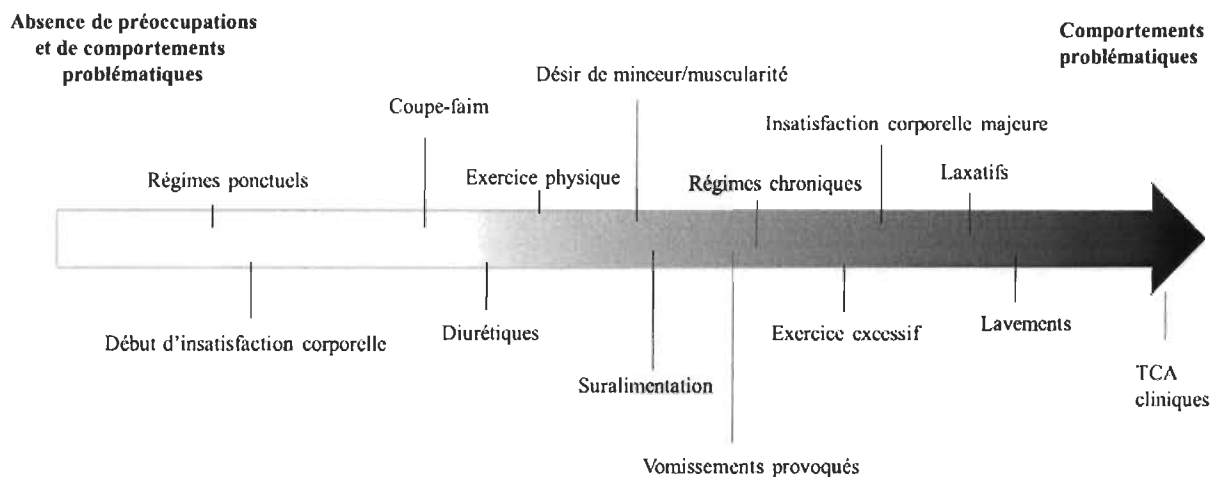


Figure 2.1 Continuum des attitudes et comportements alimentaires inappropriés

Plus précisément, comme l'illustre la Figure 2.1, la première extrémité du continuum des ACAI correspond à une absence de préoccupations corporelles ou alimentaires, alors que les TCA caractérisent l'autre extrémité (Johnson, 1994 ; Leung, Geller et Katzman, 1996 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2010 ; Turgeon et *al.*, 2015). Entre ces deux extrémités, les « intermédiaires » du continuum regroupent les ACAI, qui peuvent être observés, entre autres, chez les étudiants (Bonanséa et *al.*, 2016).

Les ACAI peuvent donc être définis comme un ensemble d'attitudes et comportements précurseurs de TCA. En d'autres termes, il s'agit des prédispositions mentales (attitudes), de préoccupations vis-à-vis de l'apparence et de l'alimentation telles que l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur. Il est aussi question de conduites directement observables (comportements) telles que le recours aux vomissements provoqués ou encore les crises de suralimentation, l'utilisation de laxatifs, la consommation de médicaments coupe-faim, de diurétique, la pratique sportive à des fins de perte de poids (Koszwewski et *al.*, 1997 ; Thompson et Sherman, 2004).

En migrant vers l'extrémité clinique du continuum des ACAI, l'individu est susceptible de présenter des ACAI plus nombreux et plus fréquents. À titre d'exemple, une étudiante se situant à droite du continuum (Figure 2.1) pourrait avoir recours à des régimes, en plus de consommer des médicaments coupe-faim trois fois par semaine et de pratiquer une activité physique six fois par semaine. L'étudiante se situant plus à gauche du continuum pourrait, quant à elle, ne consommer que des médicaments coupe-faim, une fois par semaine.

Le continuum des ACAI, comme décrit précédemment et inspiré de Kowzseki ou encore Nylander, est essentiel à considérer auprès d'étudiants du collégial pour les raisons susnommées. Toutefois, il est possible de sous-estimer la présence d'ACAI en considérant chacun d'entre eux de façon distincte. En effet, parmi les ACAI présentés dans la Figure 2.1, certains, comme les régimes ou l'exercice physique, sont plus communs, dans le sens où ils sont plus utilisés que les laxatifs ou les lavements, par exemple, surtout en population générale (Eisenberg et *al.*, 2012 b ; Steffen et *al.*, 2007 ; Vaz-Leal et *al.*, 2010). De ce fait, certains ACAI passent davantage inaperçus. Ainsi, dans le but de décrire au mieux la réalité des étudiants, nous proposons de considérer les ACAI selon en trois sous-types, présentés en Figure 2.2., soit les ACAI de type restrictif, les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif, et les ACAI communs à ces deux sous-types, ou congruents.



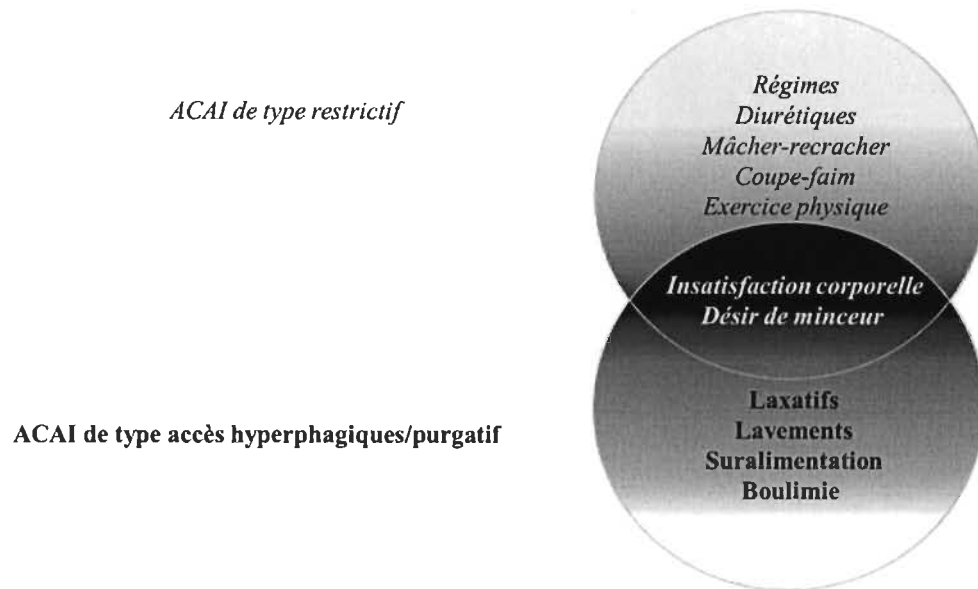


Figure 2.2 Sous types d'ACAI

Le premier sous-type, correspondant à des ACAI communs à tous les autres, renvoie principalement à l'insatisfaction corporelle et au désir de minceur, détenant une place centrale dans les TCA (Stice, 2002 ; Turgeon et *al.*, 2015). L'attitude relative au désir de minceur peut être définie comme des préoccupations excessives en lien avec le poids, les régimes amincissants et la poursuite intense de la minceur (Maïano et *al.*, 2009). L'insatisfaction corporelle, plus prévalente chez les femmes comparativement aux hommes (Lawler et Nixon, 2011 ; McCabe et *al.*, 2012), correspond, quant à elle au sentiment, d'une personne face à la taille et à la forme de son corps, lié à l'écart entre le corps perçu et le corps désiré. Elle est associée aux régimes chroniques et exercice physique dans le but de modifier son apparence (Bearman et *al.*, 2006 ; McCabe et Ricciardelli, 2003). Ces deux ACAI sont congruents aux deux autres sous-types d'ACAI, inspirés des deux sous-types d'anorexie mentale conservés dans la dernière version du DSM, dans la mesure où ils peuvent être présents et se manifester par des

ACAI de type restrictif ou d'accès hyperphagiques/purgatif. Il est d'ailleurs important de noter que les études s'intéressant au risque de TCA évaluent généralement et principalement ces deux ACAI (Yzydorczyk, 2013 ; Stice et *al.*, 2008).

En ce qui concerne les ACAI de type restrictif, ils sont caractérisés avant tout par l'hypercontrôle et la recherche de minceur en restant mince (APA, 2013). Ces ACAI renvoient, par exemple, aux régimes chroniques, au jeûne, à la consommation de coupe-faim, de diurétiques, de boissons énergisantes, ou encore à l'exercice excessif (APA, 2013 ; Callahan et *al.*, 2003). Certains étudiants peuvent même avoir recours à la technique du « mâcher-recracher », qui, comme son nom l'indique, survient lorsqu'un individu se contente de mâcher sa nourriture au lieu de l'avalier, dans le but de ne pas prendre de poids (APA, 2013).

Les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif correspondent, quant à eux, à la consommation de laxatifs, au recours aux vomissements provoqués, aux crises de suralimentation, ou encore à l'attitude boulimique (APA, 2013). L'attitude boulimique, généralement nommée boulimie dans les tests psychométriques, correspond aux préoccupations en lien avec l'alimentation, la tendance à penser et à avoir des épisodes incontrôlables de suralimentation suivis de vomissements provoqués (Maïano et *al.*, 2009). Il convient de noter que la crise de suralimentation correspond à un épisode de consommation alimentaire, associé à une perte de contrôle, équivalent à trois apports alimentaires ingérés en l'espace de deux heures (APA, 2013).

Ce regroupement en trois sous-types permet, en fait, de considérer une plus grande fréquence globale d'ACAI, et ce, même si ces derniers ne sont rapportés que ponctuellement. De cette façon, des étudiants qui consommeraient des médicaments coupe-faim une fois par mois, mais qui pratiqueraient une activité physique deux fois

par semaine dans le but de perdre du poids, seraient considérés comme présentant des ACAI de type restrictif. À la lumière de l'approche transdiagnostique, ces sous-types s'apparentant à des sous-dimensions peuvent évoluer dans le temps.

Pour reprendre l'exemple précédent, ces mêmes étudiants pourraient plus tard remplacer sa consommation de médicaments coupe-faim par d'autres comportements restrictifs. Il est donc possible d'envisager que sur le continuum des ACAI, certains étudiants se retrouvent davantage dans un sous-type restrictif où le contrôle serait dominant. Ces étudiants seraient alors davantage prédisposés à migrer vers des TCA de type anorexie mentale. À l'inverse, d'autres étudiants, qui ne pourraient plus se restreindre, correspondraient plus à un sous-type d'accès hyperphagiques/purgatif plus enclins à être en perte de contrôle et donc prédisposés à migrer sur le continuum vers des TCA comme le trouble d'accès hyperphagiques.

L'existence de sous-types au sein du continuum des ACAI met en évidence la nécessité d'envisager une approche mixte, soit à la fois dimensionnelle et catégorielle, à l'image du DSM-5, pour pallier les limites inhérentes à l'utilisation d'un système uniquement catégoriel ou dimensionnel (Koszewski et *al.*, 1997 ; Tylka et Subich, 2003 ; Williamson et *al.*, 2005).

Pour résumer, les ACAI peuvent être compris comme une catégorie se démarquant du DSM-5, plus souple et globale que des troubles cliniques, à l'intérieur de laquelle il existe des sous-types qui fluctuent. Chacun de ces ACAI étant une dimension en soi pouvant évoluer au fil du temps.

Finalement, à l'image du trouble d'accès hyperphagiques, nommé trouble d'hyperphagie boulimique dans la quatrième version du DSM et défini comme une

catégorie provisoire de même niveau que les troubles du comportement alimentaire non spécifiés (Palmer, 2008), les ACAI, plus méconnus au plan sociétal, représenteraient une « catégorie » à part entière qui reflète davantage la réalité des étudiants, mais qui n'est pas encore considérée comme telle.

Ainsi, pour répondre aux caractéristiques des étudiants, cette recherche doctorale s'inscrit dans une approche dimensionnelle des TCA qui préconise de migrer des TCA, comme décrits dans le DMS-5 et selon une approche catégorielle, vers des ACAI décrits plutôt comme un continuum, selon une conception dimensionnelle intégrant des sous-types.

Comme l'illustre la Figure 2.3, selon cette approche dimensionnelle, les ACAI, déclinés en trois sous-types, constituent des précurseurs de TCA, en plus de devenir des caractéristiques observables en contexte collégial, permettant d'aider les enseignants à identifier des difficultés d'adaptation. Cette identification peut servir à référer les étudiants à une ressource (travailleur de milieu, psychologue scolaire), d'une part, et à adapter ses interventions pédagogiques, d'autre part.

*Légende:*  
 ACAI de type restrictif  
 ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif

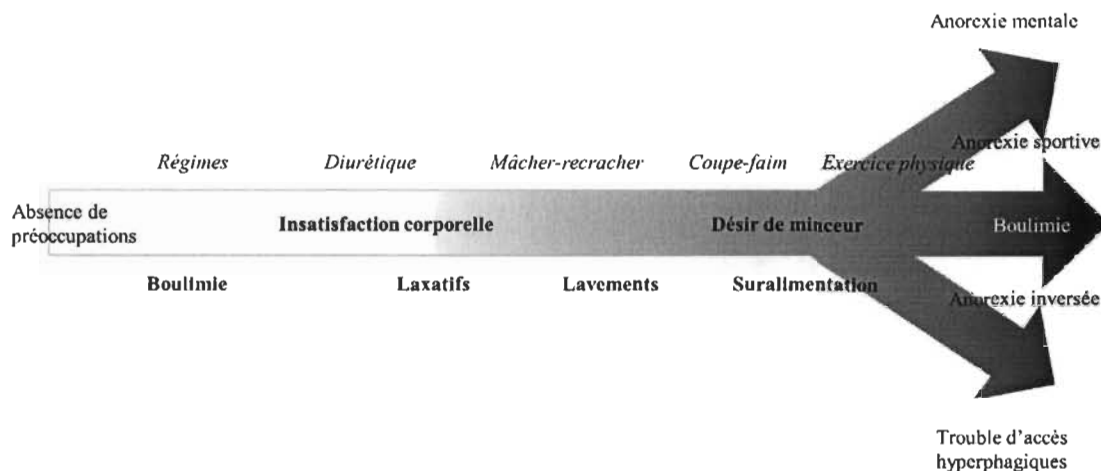


Figure 2.3 Continuum des ACAI adapté au contexte éducatif

Comme tout phénomène en sciences humaines et sociales, ces comportements sont associés à plusieurs variables, ces dernières étant nommées facteurs d'influence dans la présente thèse, qui peuvent amener un étudiant à se situer à différents niveaux de sévérité sur le continuum des ACAI. Différents modèles peuvent expliquer les relations entre ces facteurs qui vont ainsi influencer, voire prédire, le continuum des ACAI (Brunet et Sabiston, 2009 ; Monthuy-Blanc et *al.*, 2012 ; Thompson et Chad, 2002). La section qui suit présente ces modèles et, par la suite, les facteurs d'influence des ACAI seront décrits.

### 2.2.1 Modèles explicatifs des relations entre les facteurs d'influence des ACAI en contexte éducatif

Les relations entre les facteurs d'influence des ACAI décrits ci-dessus sont généralement analysées selon le modèle biopsychosocial (Blank et Latzer, 2004 ;

Polivy et Herman, 2002 ; Suisman *et al.*, 2012). Ce modèle met en avant la multidimensionnalité des TCA et montre la convergence entre les facteurs de risque biologiques, psychologiques et socioculturels qui entretiennent une relation systémique, c'est-à-dire qu'ils interagissent entre eux (Vanderlinden, 2000). C'est donc l'interaction de plusieurs facteurs (voir la Figure 2.4), combinée à des vulnérabilités, qui contribue au maintien des ACAI, voire au développement des TCA (Monthuy-Blanc, 2018 ; Smolak et Striegel-Moore, 1996 ; Steiner et Lock, 1998).

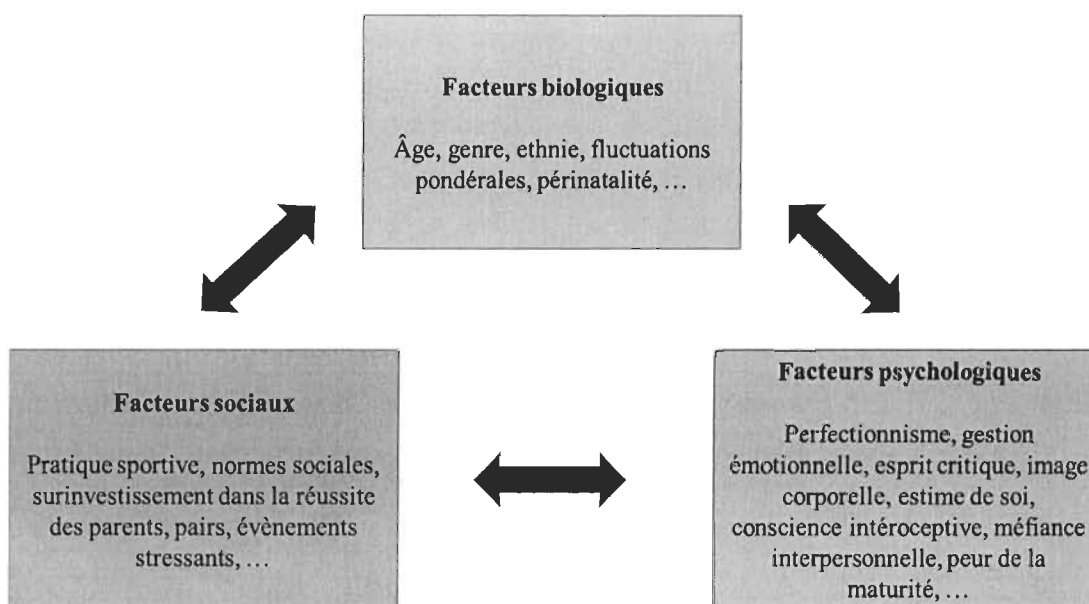


Figure 2.4 Modèle biopsychosocial

Mais au-delà de l'origine multifactorielle des ACAI mise en évidence par le modèle biopsychosocial, les facteurs d'influence peuvent être analysés selon le modèle des « 3 P » de Garfinkel et Garner (1982). Ce modèle, initialement développé et utilisé pour expliquer le développement des TCA, permet par extension d'expliquer que les ACAI

se révèlent auprès d'individus « prédisposés » sur le plan individuel par des facteurs tant biologiques que psychologiques ou socioculturels, sous l'influence de facteurs « précipitants », tels que des événements de vie stressants ou des régimes. Par la suite, des facteurs « perpétuants », liés à l'environnement, par exemple, viennent renforcer les facteurs prédisposants et précipitants (Garfinkel et Garner, 1982). L'intérêt du modèle des 3 P est qu'il implique que les facteurs à l'origine des ACAI ne sont pas identiques chez tous les individus, et surtout, que les mêmes facteurs ne conduiraient pas nécessairement aux ACAI chez deux individus différents (Garfinkel et Garner, 1982 ; Monthuy-Blanc, 2018). En d'autres termes, le modèle des 3 P permet, par exemple, d'expliquer l'apparition d'ACAI chez un étudiant perfectionniste qui a commencé à pratiquer un sport dit de minceur, le triathlon, qui a entamé des régimes amincissants afin de répondre aux attentes de l'activité, et qui, aujourd'hui, couplerait à ces régimes la prise de coupe-faim, un entraînement excessif et des épisodes de jeûne intermittent. Selon ce modèle et en complément du modèle biopsychosocial, les ACAI constitueraient à la fois des facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants des TCA. Ces facteurs sont déclinés dans la prochaine section.

### 2.2.2 Facteurs d'influence des ACAI

Comme présenté, selon le modèle biopsychosocial, facteurs biologiques, sociaux et psychosociaux peuvent influencer la position de l'étudiant sur le continuum des ACAI, ainsi que l'intensité des ACAI. La Figure 2.5. permet une vue d'ensemble de ces facteurs et de leur influence sur le continuum des ACAI, avant de les décrire dans les sous-sections suivantes.

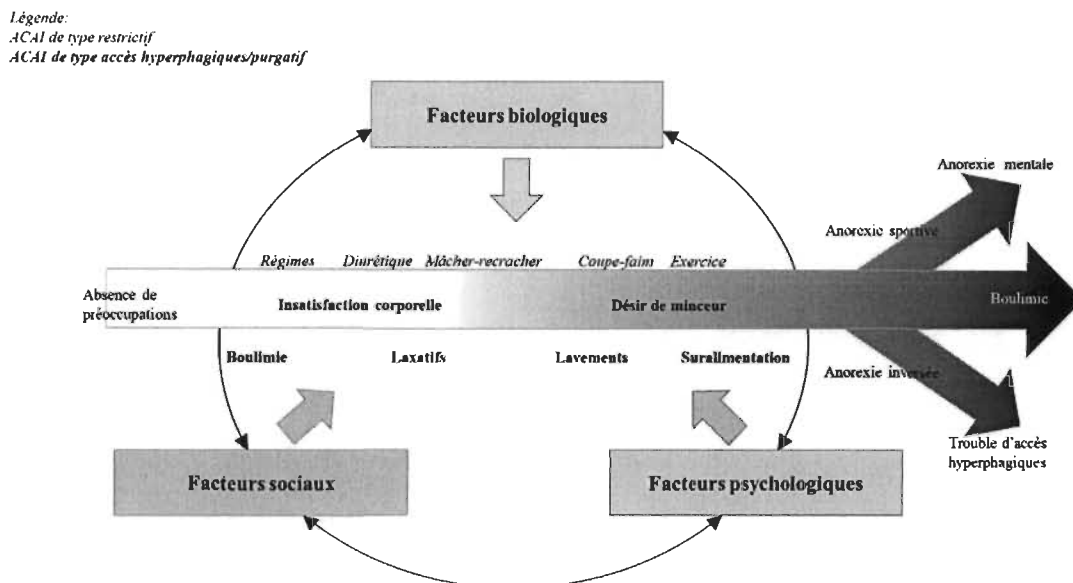


Figure 2.5 Facteurs d'influence des ACAI selon le modèle biopsychosocial

### 2.2.2.1 Facteurs d'influence biologiques

Parmi les facteurs d'influence biologiques pouvant faire varier la position de l'étudiant sur le continuum des ACAI, le genre, le statut ethnique, les processus endocriniens, le système sérotoninergique, la périnatalité, les fluctuations pondérales, les vulnérabilités héréditaires ou encore un facteur développemental comme la puberté sont généralement considérés dans les études (Jackson et Chen, 2011 ; Polivy et Herman, 2002 ; Rosenvinge et Pettersen, 2015). En d'autres termes et à titre d'exemple, une jeune fille caucasienne de 17 ans, amie avec des pairs présentant des préoccupations liées au poids et à l'image corporelle ayant déjà fait des régimes amincissants depuis son enfance, serait plus vulnérable aux ACAI qu'un jeune garçon afro-américain de 25 ans baignant dans un contexte social équilibré sans historique pondéral particulier.



À des fins de synthèse et en cohérence avec la méthodologie de cette recherche, seuls les sous-facteurs étudiés auprès des étudiants du collégial sont définis, soit le genre et le facteur développemental.

Si les hommes sont de plus en plus concernés par les TCA, comme suggéré par une étude américaine qui indique, notamment, une augmentation de 53 % du nombre d'hospitalisations spécifiques aux hommes entre 1999 et 2009 (Mitchison et *al.*, 2014), les TCA sont généralement considérés comme des troubles féminins (Hoek, 2006). En effet, les études épidémiologiques indiquent qu'un homme pour neuf femmes est concerné par l'anorexie mentale alors que ce ratio est d'un garçon pour cinq à sept femmes pour la boulimie, et de deux hommes pour trois femmes pour le trouble d'accès hyperphagiques (Crisp, 2005 ; Hudson et *al.*, 2007).

Le genre constitue donc un facteur d'influence déterminant dans l'émergence des ACAI. Le poids du genre dans le développement des ACAI pourrait être expliqué par la plus grande pression sociale à laquelle les femmes sont confrontées. Elles sont plus sujettes à l'internalisation de l'idéal de minceur et plus susceptibles de se conformer aux attentes de la société, ce qui augmenterait leur vulnérabilité à développer des ACAI dans le but d'atteindre les idéaux prônés par cette dernière (Turgeon et *al.*, 2015).

Il est également possible d'identifier des différences quant aux types d'ACAI. Les femmes ont, par exemple, davantage recours aux vomissements provoqués que les hommes chez qui l'exercice excessif ou la consommation de substances comme les stéroïdes anabolisants seraient plus fréquents (Frattore et *al.*, 2014 ; Khun, 2015).

Concernant le facteur développemental, à l'inverse des TCA qui identifient une période d'émergence précise reliée à une psychopathologie, par exemple, l'anorexie mentale

entre 9 et 11 ans (Corcos, 2011), les ACAI permettent d'étudier la sévérité et l'évolution des comportements problématiques au travers de périodes de transition, comme le passage au collégial. Les périodes de transition précitées dans le chapitre 1 constituent des phases de développement pendant lesquelles l'individu vulnérable peut être plus à risque de développer des ACAI comme stratégies d'adaptation (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2010 ; Shiltz et Britek-Matera, 2009). Par ailleurs, cette difficulté à s'adapter aux périodes de transition et à développer des ACAI comme stratégie d'ajustement serait plus grande chez les femmes (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2010).

#### 2.2.2.2 Facteurs d'influence psychologiques

Au-delà des facteurs d'influence biologiques, plusieurs facteurs d'influence psychologiques peuvent participer à l'émergence d'ACAI, voire au développement de TCA. Il s'agit, par exemple, des personnalités dépendantes de l'approbation extérieure, obsessionnelles<sup>6</sup> ou addictives au mouvement (induite par la dépendance au sport) ou visant la performance (Filaire et *al.*, 2007 ; Garcia Helj et *al.*, 2008). Le dysfonctionnement émotionnel comme l'alexithymie<sup>7</sup>, les comorbidités psychiatriques telles que présentées dans le premier chapitre, la recherche de maîtrise, le sentiment d'insécurité ou encore la difficulté à gérer les émotions ou la vulnérabilité à l'anxiété

---

<sup>6</sup> La personnalité obsessionnelle se définit par deux caractéristiques principales : l'obsession et la compulsion qui occupent une place importante dans la vie quotidienne et sont coûteuses sur le plan de l'efficacité et de l'adaptation (Guelfi, 2003).

<sup>7</sup> L'alexithymie se définit comme la difficulté à identifier, comprendre et définir ses émotions ou celles des autres.

sont également des facteurs pouvant influencer le développement d'ACAI (Bulik *et al.*, 1996 ; Corcos, 2011 ; Kessler *et al.*, 2006 ; Latner *et al.*, 2007).

Plusieurs autres traits de personnalité sont aussi étudiés, notamment dans les populations non cliniques. Il s'agit de la tendance au perfectionnisme, surtout lorsque négatif, orienté sur soi ou vers un but, de la peur de la maturité, de la méfiance interpersonnelle, de l'absence de conscience intéroceptive ou encore du sentiment d'inefficacité. Ces facteurs sont identifiés dans les écrits comme ayant une influence majeure dans le développement des ACAI (Garner *et al.*, 1983 ; Maïano *et al.*, 2009 ; Muro-Sans *et al.*, 2006 ; Stice, 2002 ; Tachikawa *et al.*, 2004).

Ces facteurs d'influence psychologiques étant étudiés dans le cadre de cette thèse, ils sont définis dans les prochains paragraphes à partir de l'interprétation de l'inventaire des TCA validé en 1983 par Garner *et al.*, et plus récemment confirmé par Maïano *et al.* en 2009, dans la mesure où ces questionnaires évaluent spécifiquement ces facteurs d'influence et qu'il s'agit du questionnaire utilisé dans cette thèse.

Le perfectionnisme, lorsqu'il est qualifié de négatif, constitue un facteur de risque important dans le développement et le maintien de l'anorexie mentale et de la boulimie (Fairburn *et al.*, 1999 ; Lilenfeld *et al.*, 2000). Ce qui distingue le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif est la recherche de performance à tout prix, en dépit des conséquences négatives qu'elle peut avoir, notamment les émotions négatives et le sentiment d'échec alors associé à une faible valeur personnelle (Shafran *et al.*, 2002). Dans ce contexte, on parle d'un individu perfectionniste lorsque celui-ci met en place de hauts standards de performance inatteignables et excessifs quant à ses propres comportements, ses actes ou encore les actes d'autrui (Maïano *et al.*, 2009). Il existe

alors différents types de perfectionnisme, notamment le perfectionnisme orienté vers soi, orienté vers les autres ou encore socialement prescrit (Hewitt et Flett, 1991).

De façon plus précise, des études mettent en relation le perfectionnisme et le développement d'ACAI de type congruent et de type restrictif. En effet, le perfectionnisme influencerait l'insatisfaction corporelle et amènerait l'individu à réduire son apport énergétique tout en augmentant son activité physique, afin d'atteindre les idéaux de beauté sociétaux (Brannan et Petrie, 2008 ; Garner *et al.*, 1983). À titre d'exemple, ces facteurs d'influence peuvent s'exprimer chez un étudiant performant aux plans sportif et académique et qui cherche toujours à obtenir les meilleures notes, ou un sportif désirant réaliser les meilleures performances. À ce sujet, bien que le lien de cause à effet ne soit que peu documenté, certaines études ont démontré que la recherche d'excellence académique ou encore le haut rendement académique est associé à un plus grand risque pour l'étudiant de développer des TCA (Forbush *et al.*, 2007 ; Sundquist *et al.*, 2016).

La peur de la maturité renvoie, quant à elle, au désir de retrouver la sécurité de l'enfance et à la crainte d'accéder à la vie adulte (Garner *et al.*, 1983). Il est possible de transposer l'appréhension des tâches développementales de l'âge adulte aux multiples changements attendus sur le plan de l'autonomie chez les étudiants du collégial. Crisp (1985) de même que Crisp et collaborateurs en 1990 suggèrent que la peur de la maturité se manifeste sur le plan psychologique par l'évitement, voire le refus de consommer des glucides. Ceci entraînerait la mise en place de comportements visant à « effacer » ses formes corporelles (Garner *et al.*, 1983 ; Maïano *et al.*, 2009).

La conscience intéroceptive, pour sa part, peut être définie comme le manque de confiance d'une personne à interpréter les signaux provenant de son corps, tant du point

de vue de la satiété que des émotions ou encore de la douleur (Bruch, 1962 ; Maïano et *al.*, 2009 ; Merwin et *al.*, 2010). Des études, comme celle de Pollatos *et al.* (2008) ont, par exemple, mis en évidence que les femmes présentant un TCA avaient une conscience intéroceptive plus basse que celles ne présentant pas de TCA, notamment en ce qui a trait à la reconnaissance des émotions. L'incapacité à interpréter ces signaux internes peut aussi amener l'étudiant à se suralimenter ou, à l'inverse, à se sous-alimenter, à continuer une activité physique malgré des douleurs et serait donc un facteur d'influence des TCA (Bernatova et Svetlak, 2017 ; Garner et *al.*, 1983).

En ce qui concerne la méfiance interpersonnelle, elle fait référence à la répugnance à reconnaître les relations proches, à la difficulté à faire confiance (Maïano et *al.*, 2009). La méfiance interpersonnelle peut se manifester par des difficultés à s'attacher, s'ouvrir aux autres ou encore exprimer ses émotions (Strober, 1980).

Finalement, notons que le sentiment d'inefficacité renvoie à la présence de sentiments d'impuissance, de ne pas être en contrôle de sa vie ou encore d'être inadéquat et sans valeur (Maïano *et al.*, 2009). Il peut être compris comme l'estime de soi négative, amplement étudié sous ce terme (Gowers, 2008 ; Monthuy-Blanc, 2009). Les personnes présentant des TCA démontrent des niveaux plus élevés de sentiment d'inefficacité, qui se traduit en partie par la recherche de contrôle sur son corps et son alimentation (Couture, 2010 ; Rochaix et *al.*, 2017).

### 2.2.2.3 Facteurs d'influence sociaux

Les facteurs sociaux et environnementaux qui peuvent influencer l'apparition et l'intensité des ACAI chez l'étudiant comptent parmi eux les normes sociétales prônant la minceur, la pression perçue pour mincir et être mince, la pression de performance,

les pairs, exacerbant les préoccupations corporelles, le surinvestissement des parents lié à la réussite, les événements de vie stressants, les remarques en lien avec la morphologie ou encore la pratique sportive (Eisenberg et *al.*, 2012 b ; Monthuy-Blanc et Bonanséa, 2014 ; Monthuy-Blanc et *al.*, 2010 ; Rosenvinge et Pettersen, 2015 ; Tavolacci et *al.*, 2013).

En ce qui concerne les normes sociétales de minceur, les étudiants du collégial sont constamment soumis à des messages qui véhiculent une pression insidieuse de se conformer à celles-ci (Benton et Karazsia, 2015 ; Choate, 2005 ; Izydorczyk et Sitnik-Warchulska, 2018 ; Levine et Murnen, 2009). Les publicités, les magazines, les émissions de télévision et maintenant les réseaux sociaux mettent continuellement l'accent sur la perte de poids, l'alimentation « santé », l'exercice physique, et exposent en permanence des corps idéalisés. Ils transmettent ainsi le message que la réussite personnelle et sociale, le bien-être physique et mental sont accessibles par l'atteinte des normes sociétales relatives à la beauté (Cash, 2011 ; Clark et Tiggemann, 2008 ; Ismailova et Gazdowska, 2016), soit l'importance au plan physique de correspondre aux idéaux de beauté et de performer sur tous les plans. Les étudiants recherchent donc à modifier leur corps pour atteindre des mensurations normées, partagées sur le plan culturel. Il peut alors exister un décalage entre la perception que l'étudiant a de son corps et les idéaux de beauté inatteignables (Rodgers et *al.*, 2011 ; Turgeon et *al.*, 2011 ; Turgeon et *al.*, 2015). En fait, la façon dont les étudiants perçoivent leur corps est soumise à l'intériorisation d'un idéal orienté vers la minceur, et cette internalisation de l'idéal de minceur contribue au développement de l'insatisfaction corporelle (Rochaix et *al.*, 2017). Dans ce contexte, les ACAI seraient alors une tentative de diminution de l'insatisfaction corporelle.

Par ailleurs, si depuis de nombreuses années le dictat corporel correspondait exclusivement à une minceur extrême, il est possible de constater aujourd'hui l'association d'un corps mince à un corps musculueux ; difficilement conciliable métaboliquement. Ce changement encore peu étudié reste inscrit dans la notion de contrôle et d'inhibition si difficile à maintenir dans nos sociétés de consommation (Monthuy-Blanc, 2018). En effet, cette internalisation de l'idéal de beauté est particulièrement présente chez les femmes (Clark et Tiggemann, 2008). En résumé, la place accordée à l'apparence physique dans les pays industrialisés rend les individus, notamment les femmes, plus vulnérables à l'insatisfaction corporelle et constitue donc un facteur d'influence majeur dans le développement d'ACAI (Clark et Tiggemann, 2008 ; Ismailova et Gazdowska, 2016 ; Stice, 2002).

Les attentes, au départ induites par la société et s'adressant à tous de façon non ciblée, sont maintenues et véhiculées par la famille, les pairs et contribuent à la mise en place d'ACAI par l'étudiant, pour tenter de répondre aux attentes de performance, de minceur et de muscularité souvent hors de portée (Eisenberg et *al.*, 2012a, 2012 b ; McCreary, 2007). Le rapport de la famille ou des amis face à l'image corporelle, l'alimentation, la pratique sportive, est d'autant plus important et influant chez des individus en train de construire leur identité et qui dépendent de ces facteurs d'influence. Il a également été démontré que le discours sur le poids, les habitudes alimentaires, l'apparence physique et les méthodes de contrôle du poids sont autant d'habitudes pour lesquelles les pairs occupent un rôle majeur dans leur transmission. Ce rôle est d'autant plus grand aujourd'hui par l'omniprésence des réseaux sociaux (Daddis, 2008 ; Eisenberg et *al.*, 2012a ; Hausenblas et *al.*, 2013).

Pour faire écho aux paragraphes précédents, l'influence de la société, de la famille et des pairs est indissociable de la pression perçue, notamment celle de mincir et être

mince, et qui constitue un facteur d'influence dans le développement des ACAI, en particulier chez les étudiants plus vulnérables à cette pression, qui auront tendance à se conformer aux attentes sociétales (Basow et *al.*, 2007 ; Webb et *al.*, 2017). Des études montrent à ce sujet que chez les jeunes femmes, la présence d'ACAI de type accès hyperphagiques/purgatifs serait liée à une pression induite par la mère pour faire des régimes et perdre du poids (McCabe et Ricciardelli, 2005 ; Pike et Rodin, 1991).

Comme mentionné, d'autres études, dont celle de McCabe et Ricciardelli (2005), mettent en évidence que cette pression serait de plus en plus perçue comme venant des pairs (Al-sheybab et *al.*, 2018). L'apparition d'ACAI serait plus grande au sein des groupes de pairs, car elle résulterait d'une pression négative induite par ces mêmes pairs (Linville et *al.*, 2011 ; Weeb et *al.*, 2017). Par exemple, les femmes, qui dans leurs interactions avec leurs amies, parlent du poids ou de l'apparence physique en général sont plus susceptibles d'internaliser un idéal de minceur, de même que les femmes qui pensent qu'elles seraient plus appréciées des autres si elles étaient minces (Matera et *al.*, 2013 ; Rodgers, 2016 ; Thompson et *al.*, 2004). En conséquence, cette internalisation de l'idéal de minceur peut augmenter la tendance des individus à se comparer aux autres sur le plan du poids et de l'apparence physique, participant de ce fait au développement d'une insatisfaction corporelle et d'ACAI pour pallier cette insatisfaction (Marcos et *al.*, 2013 ; Thompson, et *al.*, 2004). Dans le contexte du collégial où la construction du réseau social est particulièrement importante, l'influence des pairs dans le développement des ACAI apparaît pertinente à considérer. Pour les étudiants sportifs, un autre réseau susceptible de véhiculer des pressions en lien avec le corps s'ajoute : celui des coéquipiers, ce qui rend les étudiants sportifs encore plus vulnérables à cette internalisation, dans la mesure où les sources de pressions sont plus nombreuses et variées..



Finalement, parmi les variables sociales pouvant influencer le développement des ACAI, la pratique sportive — par opposition à l'activité physique, qui est associée plus généralement à l'amélioration du bien-être (Bartholomew et *al.*, 2005) — apparaît comme une des variables la plus importante dans la mesure où de nombreux sous-facteurs viennent cristalliser et exacerber l'influence négative de la pratique sur la santé mentale (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Chapman et Woodman, 2016 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013).

Certains écrits mettent en évidence que l'intensité de pratique, le type de pratique sportive, le niveau de la pratique, l'ancienneté de la pratique ainsi que les relations avec l'entraîneur et les coéquipiers peuvent expliquer la présence d'ACAI chez les personnes pratiquant une activité physique de façon régulière (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Chapman et Woodman, 2016 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013).

Concernant le type de pratique sportive depuis les années 1990, plusieurs auteurs ont suggéré des classifications, selon leurs caractéristiques dominantes, allant de deux à six catégories (Currie, 2010 ; Sundgot-Borgen, 1994 ; Sundgot-Borgen et Larsen, 1993 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2004). Parmi ces classifications, celles opposant les sports dits de minceur aux sports dits de prise de poids regroupent les sports à risque pour les TCA. Ainsi, seule cette classification est explicitée et présentée dans le Tableau 2.1.

Tableau 2.1 Répartition des disciplines sportives en fonction des catégories de sports dits de minceur et de prise de poids

Sports dits de minceur	<p><b>Sports d'endurance</b> Course de fond (marathon, demi-fond, etc.), cyclisme, natation, ski, équitation, aviron, canoé kayak, cross, biathlon, triathlon, décathlon, heptathlon, course d'orientation</p> <p><b>Sports à visée esthétique :</b> Danse, ballet gymnastique sportive, gymnastique rythmique et sportive, natation synchronisée, patinage artistique, plongeon</p> <p><b>Sports d'antigravitation</b> Escalade, sauts à la perche/en hauteur/en longueur/triple saut</p>
Sports dits de prise de poids	<p><b>Sports à catégories de poids</b> Judo, boxe, taekwondo, karaté, jujitsu, voile, haltérophilie, lutte (gréco-romaine), kick-boxing</p> <p><b>Sports de puissance</b> Patinage de vitesse, lancers de poids/javelot/marteau, sprint, saut de haies, bobsleigh, luge</p>

Les sports dits de minceur renvoient à des activités pour lesquelles une apparence longiligne et une minceur parfois extrême sont valorisées et associées à de meilleures performances sportives (Currie, 2010 ; Monthuy-Blanc et *al.*, 2010). Concernant cette catégorie, les sportifs présentent davantage des comportements de types restrictions alimentaires dans le but d'atteindre un ratio poids/performance optimal. Comme l'indique le Tableau 2.1, il s'agit des sports à visée esthétique (p. ex., gymnastique, ballet) qui nécessitent une forme corporelle particulière pour répondre aux

performances techniques et artistiques ; des sports d'endurance ou d'efficience (p. ex., course de fond, natation) au sein desquels les sportifs les plus musclés sont à risque d'être perçus comme plus lents ; et des sports d'antigravitation (p. ex., escalade, saut en hauteur) pour lesquels les sportifs plus lourds peuvent être stigmatisés comme moins performants (Currie, 2010 ; Giel et *al.*, 2016). Pour pouvoir répondre aux attentes de ces pratiques sportives, les sportifs, plus généralement les femmes, auraient recours à des ACAI de type principalement restrictifs, tels que les régimes, la consommation de coupe-faim, le jeûne ou encore l'exercice excessif.

Les sports dits de prise de poids renvoient, quant à eux, à des activités pour lesquelles, contrairement aux sports dits de minceur, une meilleure performance sportive est associée à un gain pondéral, notamment musculaire. Dans cette catégorie, les sportifs, majoritairement des hommes, présentent plutôt des ACAI de type hyperphagiques/accès purgatif. Comme l'indique le Tableau 2.1, c'est le cas des sports de puissance (p. ex., lancer de poids, baseball) et des sports à catégories de poids (p. ex., judo, boxe) imposant un ratio poids/puissance optimal pour battre son adversaire (Currie, 2010). Cependant, il est important de noter que les sports à catégories de poids peuvent appartenir à la fois aux sports dits de minceur et de prise de poids, selon la catégorie de poids dans laquelle se trouve le sportif.

Concernant l'intensité et le niveau de pratique, ceux-ci dépendent de plusieurs critères, incluant la fréquence et le volume des entraînements, la présence ou l'absence de compétition, ainsi que l'ancienneté de pratique. La littérature scientifique consultée oppose le plus souvent le niveau de pratique dit « de loisir » à celui dit « intensif » (Giel et *al.*, 2016 ; Kong et Harris, 2014 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013). Les sportifs de niveau loisir pratiquent entre une et six heures par semaine, dans une visée hédonique, sans qu'il y ait nécessairement présence d'entraînement régulier et de

compétition (Fortes et *al.*, 2014). De plus, leur engagement dans la pratique sportive est généralement récent, dans la mesure où ils s'entraînent depuis un an ou deux, généralement. À l'inverse, les sportifs de niveau intensif s'entraînent fréquemment au-delà de huit heures par semaine, dans une visée compétitive, le plus souvent nationale, voire internationale (Sundgot-Borgen, 1994 ; Sundgot-Borgen, 2004). Ce sont généralement des sportifs qui ont commencé à s'entraîner dès leur plus jeune âge, c'est-à-dire qu'ils pratiquent leur sport depuis cinq à dix ans dans certains cas (Sundgot-Borgen, 2004). À ce sujet, des études indiquent que ces sportifs qui ont commencé à s'entraîner très tôt, soit en moyenne à 11 ans, sont plus vulnérables aux ACAI (Fortes et *al.*, 2014 ; Lanfranchi et *al.*, 2014 ; Sundgot-Borgen et Torsveit, 2004). Dans le cas des étudiants du collégial, cela renvoie à une ancienneté de pratique de 6,5 ans.

Une autre raison pouvant expliquer l'importance de la pratique sportive dans le développement des ACAI réside dans la relation entre le sportif, l'entraîneur et les coéquipiers, axée sur l'atteinte de performance. En fait, il n'est pas rare que les entraîneurs et même les coéquipiers, le plus souvent par méconnaissance des ACAI, induisent, par des remarques, une pression relative à la masse maigre (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Currie, 2010 ; Kong et Harris, 2014). Ainsi, ils associent les performances sportives, « bonnes ou mauvaises », au poids et à la morphologie du sportif, contribuant ainsi au développement d'ACAI. De plus, si les sportifs sont soumis aux mêmes dictats corporels projetés par la société précédemment cités, ils sont également soumis aux canons de beauté propres aux sportifs. En effet, il est attendu des sportifs d'avoir un morphotype bien précis, être musclé, bronzé, élancé, par exemple (Giel et *al.*, 2016 ; Krentz et Warschburger, 2011 ; Picard, 1999 ; Suffolk, 2014 ; Sundgot-Borgen, 1994). Ainsi, ils sont soumis à une double pression en lien avec les normes de beauté et morphologiques associées à la performance, soit la pression d'être mince et musclé, pour atteindre le meilleur ratio poids/performance (Giel et *al.*, 2016 ; Leone et Larivière,

1998). Finalement, plusieurs études mettent de l'avant que si les sportifs présentent plus d'ACAI que les non-sportifs, la pratique sportive constitue un facteur d'influence des ACAI plus élevé pour les femmes que pour les hommes (Bratland-Sanda et Sundgot-Borgen, 2013 ; Holm-Denoma et *al.*, 2014 ; Sundgot-Borgen et *al.*, 2013).

En résumé, pour l'ensemble des raisons évoquées, les étudiants du collégial inscrits dans des filières sportives d'excellence constituent un public particulièrement à risque pour les ACAI. Des facteurs d'influence des ACAI à la fois biologiques, psychologiques et sociaux se retrouvent dans le contexte collégial. Les étudiants se trouvent ainsi dans des périodes de transition, subissent beaucoup de pression, de natures différentes, provenant de plusieurs sources, et peuvent être amenés à pratiquer une activité sportive de façon compétitive dans les programmes de Sport-études, par exemple. Cependant, l'étudiant qui pratique une activité physique sans visée de compétition et de façon autonome, mais pour des raisons jugées malsaines et dysfonctionnelles comme la perte de poids, la prise de masse maigre ou une recherche de performance personnelle démesurée, à une intensité élevée, est lui aussi très à risque de développer des ACAI (Baum, 2006 ; Maïano et *al.*, 2015). Notons que la présence de ces caractéristiques rend l'individu plus à risque de développer des TCA, mais ne signifie pas qu'il en développera nécessairement. Il s'agit ici de la théorie de la multifinalité, théorie qui met de l'avant l'importance des événements aversifs comme les périodes de transition, comme élément déclencheur ou de maintien des TCA. Dans cette perspective, la connaissance des TCA en milieu éducatif, et *a fortiori* des ACAI par les enseignants, est d'autant plus importante pour prévenir ce risque.

Finalement, une des particularités du modèle biopsychosocial est qu'il permet d'expliquer que les facteurs d'influence des ACAI peuvent revêtir deux aspects, soit un aspect de protection ou un aspect de risque. Pour prévenir l'apparition des TCA, il

convient de se baser sur ces facteurs de risque et de protection. Le facteur de risque augmente la probabilité de développer un trouble, comme les facteurs d'influence qui viennent d'être décrits (Masten et Coatsworth, 1998). Le facteur protecteur diminue quant à lui cette probabilité en atténuant l'effet défavorable du facteur de risque (Masten et Coatsworth, 1998 ; Monthuy-Blanc et *al.*, 2018 b ; Shankland, 2016). La partie qui suit vise donc à présenter la spécificité de la prévention des TCA en lien avec l'éducation québécoise.

### 2.2.3 Prévention des TCA : une intervention sur les ACAI

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1998) propose trois niveaux de prévention, soit primaire, secondaire et tertiaire. Notons que cette nomenclature tend à être remplacée par universelle, sélective et indiquée (Shankland, 2016). Considérant que le rôle de l'enseignant ne se situe pas dans l'amélioration des conditions des personnes présentant des TCA avérés (prévention tertiaire), mais plutôt dans la perspective d'éviter ou de limiter le développement des TCA, voire le dépistage, la prévention primaire et secondaire des TCA sont abordées.

La prévention primaire se définit comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, et donc, à réduire l'apparition de nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque. On distingue la prévention primaire universelle, qui s'inscrit notamment dans le domaine de l'éducation à la santé, la promotion de la santé et de l'information auprès de toute la population, de la prévention primaire sélective, qui vise plutôt des populations à risque (Shankland, 2016). Dans les cas des TCA, il s'agit, par exemple, d'étudiants présentant une faible estime de soi.

La prévention secondaire, ou indiquée, a pour but d'éviter l'aggravation d'un trouble, par le dépistage et la prise en charge précoce. En fait, dès l'apparition des premiers signes de contrôle de poids excessif, par exemple, des interventions sont proposées pour éviter la chronicisation du trouble (Shankland, 2016).

Dans le cadre de cette thèse, en s'intéressant aux ACAI des étudiants du collégial, cette prévention permet de diminuer les risques qui conduisent aux TCA, chez les étudiants qui présentent déjà des ACAI ou ceux qui n'en présentent pas encore. Ainsi, les types d'intervention liés à la prévention primaire et secondaire des TCA seront présentés, à travers les programmes de prévention.

Les programmes de prévention des TCA permettent de favoriser l'équilibre des étudiants en luttant contre l'émergence des troubles (Stice et Shaw, 2012). Comme précité, une des missions du collège vise le développement global de l'étudiant et donc de prévenir les ACAI en visant cet équilibre. Pourtant, parmi les programmes de prévention développés depuis les 20 dernières années, très peu ont été implantés dans un milieu académique incluant les filières sportives. De plus, ces programmes semblent s'inscrire dans une visée clinique, loin des préoccupations et des spécificités de l'École québécoise.

En effet, ces programmes portent sur la prévention des TCA en essayant de faire diminuer les symptômes chez les populations cibles. Ils visent donc des TCA précis comme l'anorexie mentale, voire dans certains cas des troubles sous-cliniques (Jacobi *et al.*, 2011 ; Ohlmer *et al.*, 2013). Ainsi, pour rester fidèle aux écrits scientifiques tout en intégrant l'approche dimensionnelle des TCA, un « aller-retour » est effectué dans cette partie entre le terme TCA et ACAI. Les principes sous-jacents aux pratiques de prévention des TCA jugées efficaces seront donc expliqués afin de comprendre la

prévention des ACAI, car, comme démontré dans la problématique, en raison du pronostic défavorable associé aux TCA, il convient de s'intéresser aux ACAI pour éviter le développement de TCA.

#### 2.2.3.1 Programmes de prévention relatifs aux ACAI

La prévention primaire des TCA s'opérationnalise à travers trois types de programmes de prévention : les programmes de première génération, les programmes de deuxième génération et les programmes de troisième génération. Ces différents programmes sont présentés ci-dessous selon une approche à la fois historique et comparative.

Premièrement, les programmes de première génération, dits universels, s'adressent à la population en général, à des individus ne présentant pas nécessairement de risques de présenter des TCA (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2002 ; Shankland, 2016). Caractérisés par une visée éducative, ces programmes ont pour objectif de donner de l'information sur les TCA à tout type de populations (sans différencier la population cible de ses autres significatifs). Ces programmes en explicitent les facteurs de risque ainsi que les complications liées aux restrictions alimentaires et à l'utilisation de comportements compensatoires inappropriés. Ils prennent, par exemple, la forme d'une conférence proposée à tous les étudiants du collège, sur l'heure du midi, dans le but de les sensibiliser aux TCA. L'idée sous-jacente de ces programmes est de conscientiser la population par un discours alarmiste des risques et des effets négatifs des TCA sur la santé physique et mentale afin d'empêcher les adolescents de s'engager dans ces conduites à risque.

Bien que des actions de prévention s'appuient encore aujourd'hui sur ce type de programme, il est reconnu pour être inefficace, voire dangereux (Bardick et *al.*, 2004 ;



Shankland et Rosset, 2016). En fait, l'inefficacité vient de l'absence de restructuration cognitive préalable des personnes auxquelles s'adressent ces programmes, c'est-à-dire l'absence de modification des pensées et des croyances relatives aux TCA chez les populations à risque. Par conséquent, l'information ne « passe pas » ou bien celle-ci est déformée par l'individu qui l'interprète selon ses besoins (INSERM, 2002 ; Levine et Smolak, 2005). Pour sa part, la dangerosité vient de la nature de l'information visant exclusivement les risques et les effets négatifs des TCA en lien avec la population cible. En ne distinguant pas les populations cibles réellement à risque de celles qui ne le sont pas, il est difficile de savoir comment l'information transmise sera reçue (Levine et Smolak, 2005). Expliquer les risques des restrictions alimentaires et des comportements compensatoires inappropriés tels que le recours aux vomissements provoqués ou la consommation de laxatifs, par exemple, peut susciter un effet de fascination et offre autant d'occasions d'obtenir de nouvelles informations pour les personnes inscrites dans une stratégie de perte de poids. Par ailleurs, cela induit un effet de dégoût et de stigmatisation pour les personnes totalement asymptomatiques (Bardick et *al.*, 2004 ; Harsbarger et *al.*, 2011).

Face à ces constats, les programmes de deuxième génération ont été développés en délaissant cette fois les conséquences délétères des TCA et en essayant plutôt d'apprendre à la population à gérer les problèmes auxquels ils sont confrontés. Bien que certaines composantes soient identiques aux programmes de première génération, notamment la composante universelle et la composante didactique, les programmes de deuxième génération incluent également un volet interventionnel. Si les informations relatives aux complications liées aux TCA et des facteurs de risque existent, l'accent est mis sur les facteurs sociaux, l'influence de l'environnement, notamment des médias. Ces programmes ciblent le rôle prépondérant de la pression sociétale à l'égard de la minceur dans l'apparition des TCA et le recours aux régimes drastiques et aux

comportements compensatoires inappropriés en vue de contrôler son poids pour répondre à des critères de beauté et de minceur mis en avant par la société et les médias (Stice et Shaw, 2004). Un exemple d'intervention serait, dans le cadre d'un cours, une éducation aux médias en vue de développer l'esprit critique et la « résistance » aux pressions socioculturelles induites par les médias faisant la promotion de la minceur. Malgré les changements apportés aux programmes de deuxième génération, ces derniers se sont avérés peu efficaces.

Cette inefficacité relative a impliqué des changements radicaux, tant dans l'intervention que dans l'approche avec un public et des actions ciblées, donnant naissance aux programmes de troisième génération. Ces programmes sont désormais pensés pour une population à risque de présenter des TCA, en visant, par exemple, des groupes d'adolescentes ou de sportifs en postulant que ces populations sont davantage susceptibles de s'engager dans un programme de prévention pour en retirer des bénéfices sur la santé mentale et physique.

Ces programmes privilégient clairement une approche interactionnelle et non plus simplement éducationnelle (Stice et *al.*, 2007 ; Stice et *al.*, 2013a ; Weigel et *al.*, 2015). Des séances interactives, multiples, répétées et réparties dans le temps sont proposées sous forme d'ateliers favorisant l'implication des « sujets » ainsi que les échanges. Les facteurs de risque ou les complications liées aux TCA ne sont plus explicitement cités, faisant place aux facteurs protecteurs des TCA. Plus précisément, le programme vise le renforcement positif de l'image du corps, l'amélioration de l'estime de soi ou encore l'utilisation de comportements compensatoires appropriés dans le cas de surpoids ou d'obésité avérés (Stice et *al.*, 2017). Ces programmes de troisième génération, qui ont montré leur efficacité tant sur le plan empirique que pratique, sont encore mal connus des professionnels de la santé, et aussi des professionnels de l'éducation, pourtant

considérés, selon des directives gouvernementales provinciales, comme des acteurs de première ligne d'intervention de la santé mentale de leurs élèves (INSPQ, 2010).

Pour aller plus loin, plusieurs chercheurs, dont Stice et Shaw (2004), Stice, Shaw et Marti (2007) ou encore Becker et al., (2008), ont réalisé des méta-analyses robustes relatives aux programmes en prévention primaire des TCA dans l'objectif d'établir un consensus empirique pour mettre en évidence l'efficacité de ces programmes et ainsi proposer des recommandations permettant d'implanter ces programmes de troisième génération dans des établissements.

#### 2.2.3.2 Recommandations à suivre en termes de prévention

Bien que des recherches plus récentes soient disponibles, celle de Stice et Shaw (2004) retient particulièrement notre attention, car huit recommandations à suivre dans un programme de prévention des TCA, plus communément nommées bonnes pratiques, sont nommées à l'issue de cette méta-analyse. Des exemples de recommandations sont de cibler un public spécifique, à risque pour les TCA, et donc les ACAI, comme les adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 19 ans de même que les sportifs (première et deuxième recommandations), et de proposer des sessions multiples, interactives et non didactiques (troisième et quatrième recommandations) en adoptant une approche non moralisante (huitième recommandation). Un parallèle peut être fait ici avec le principe de pédagogie active, montrant la pertinence d'intégrer ces programmes dans le contexte éducatif. Il est conseillé de coupler ces huit recommandations à un objectif dit « voilé », c'est-à-dire sans énoncer de manière explicite aux participants que le programme vise la prévention des TCA, voire que les activités portent sur l'estime de soi, la confiance en soi ou l'image corporelle (Monthuy-Blanc et al., 2018 b). Ces trois facteurs se retrouvent d'ailleurs dans les fiches thématiques de l'INSPQ (2010) développées pour

le milieu éducatif. À la lumière de ces recommandations et tout particulièrement des facteurs sur lesquels l'enseignant doit travailler, il est possible de constater que ce type de prévention repose en fait sur les facteurs d'influence des ACAI et les ACAI eux-mêmes.

Par ailleurs, la sixième recommandation de Stice et Shaw propose de faire intervenir un professionnel ayant des connaissances sur les TCA et leur prévention, mais qui est une personne connue des étudiants ciblés dans le programme, en intervenant notamment dans le milieu de l'étudiant (cinquième recommandation). Cette recommandation peut ainsi être considérée à la lumière du pouvoir d'influence des enseignants en ce qui a trait à l'éducation à la santé, soutenue par des directives du CSE. Ainsi l'enseignant apparaît comme le professionnel privilégié pour intervenir sur la prévention des TCA. Cette recommandation va dans le sens des études sur la promotion de la santé et la prévention de la santé mentale qui, comme démontré, placent les enseignants, conseillers pédagogiques, psychologues et entraîneurs aux premières loges pour observer et détecter des changements dans le comportement de ces derniers, soit la présence d'ACAI et participer le plus efficacement possible à la prévention des TCA (Ciao et *al.*, 2014 ; INSPQ, 2010 ; Carney et Scott, 2012 ; Stice et Shaw, 2004).

### 2.2.3.3 Prévention des ACAI : la place centrale du collègue

Plusieurs éléments de la sous-section précédente sont à retenir quant à la prévention des TCA en contexte éducatif. Premièrement, des huit recommandations, quatre placent le collègue au centre des actions de prévention. Deuxièmement, il convient d'adopter une approche issue de la psychologie positive non moralisante, qui vise à développer les facteurs protecteurs de l'étudiant. Troisièmement, il est important de ne pas parler ouvertement des TCA ou de chercher à conscientiser les étudiants aux

dangers associés. De la même façon, chercher à éduquer l'étudiant aux saines habitudes de vie peut s'avérer dangereux, dans la mesure où ce dernier peut interpréter ces messages en les pervertissant. Quatrièmement, l'efficacité de la prévention réside aussi dans l'implantation des programmes dans le milieu des « usagers », soit le collègue, et dans le rôle joué par les enseignants possédant des connaissances tant sur les TCA que sur ces bonnes pratiques de prévention (Ciao et *al.*, 2014).

En effet, bien que la famille et les amis constituent des ressources centrales au cours de cette période de développement (Claes, 2003 ; Drapeau et *al.*, 2002), d'autres acteurs peuvent également aider l'adolescent et le jeune adulte à vivre cette période de transition : les enseignants, qui représentent un autrui significatif majeur à cette période (INSPQ, 2010). Les enseignants, conseillers pédagogiques, directeurs d'établissement, psychologues, infirmiers, entraîneurs et éducateurs sportifs, sont autant de personnes qui encadrent l'étudiant, le côtoient régulièrement, le forment et l'accompagnent dans son développement (INSPQ, 2010 ; Carney et Scott, 2012).

Véritables acteurs de première ligne, ils sont capables d'observer le comportement des étudiants, et ainsi possiblement de remarquer des comportements dysfonctionnels ou du moins des changements dans les comportements (Carney et Scott, 2012 ; Knighsmith et *al.*, 2013). Au-delà de ce rôle, les enseignants peuvent également être concernés par les TCA dans la mesure où les complications associées représentent un frein à l'apprentissage des étudiants, et donc, à leur pratique. Les enseignants représentent ainsi la deuxième face des TCA dans le contexte éducatif. En raison de leur place centrale dans cette « problématique », il convient de s'interroger sur les ressources qu'ils possèdent à ce sujet. En lien avec la santé mentale au sens large, mais aussi plus spécifiquement en lien avec les TCA, comment les enseignants peuvent-ils reconnaître les ACAI et aider efficacement leurs étudiants s'ils n'ont pas de formation

ou de base solide sur lesquelles s'appuyer et donc qu'ils les méconnaissent ? Sur quoi basent-ils leur jugement ? Ces questions renvoient aux connaissances et croyances en lien avec la santé mentale et plus particulièrement les ACAI, que possèdent les enseignants. La partie suivante vise à produire un état des lieux des recherches portant sur les connaissances et les croyances des enseignants en lien avec les ACAI.

### 2.3 Connaissances des enseignants en lien avec les ACAI : la deuxième face de la médaille

L'importance du rôle de l'enseignant dans la promotion de la santé de l'étudiant n'est plus à démontrer (Graham et *al.*, 2011 ; Carney et Scott, 2012). Les recherches présentées dans le premier chapitre montrent le rôle central de l'institution scolaire comme un facteur de protection des ACAI (Monthuy-Blanc et Bonanséa, 2014). L'enseignant est en fait un facteur protecteur de l'individu en soi dans une perspective d'éducation à la santé implicite et voilée (Monthuy-Blanc et *al.*, 2018b). Cependant, il est nécessaire de connaître les facteurs de protection et la façon de les développer, ce qui implique également une connaissance des ACAI. C'est à ce niveau que se situe l'arrimage entre la prévention des TCA et la pratique pédagogique. Cependant, les enseignants peuvent malgré eux en devenir des facteurs de risque selon les connaissances et les croyances dont ils disposent (Currin et *al.*, 2009).

À des fins de compréhension, la distinction entre les connaissances et les croyances est précisée, avant de les contextualiser aux TCA dans une perspective éducative.

### 2.3.1 Définition des connaissances et des croyances

Une connaissance peut se définir comme un ensemble de faits, de perceptions, appuyés par des preuves, validés empiriquement (Crahay et *al.*, 2010). Lorsqu'il est question plus spécifiquement des connaissances des enseignants, Vause (2009) propose que ces connaissances soient constituées de connaissances théoriques et ouvragées. Les connaissances théoriques sont universelles, validées scientifiquement et portent sur les étudiants, la matière et la manière de l'enseigner (Vause, 2009). Les connaissances ouvragées sont, quant à elles, ancrées dans l'expérience personnelle et professionnelle des intervenants ; elles présentent donc un caractère idiosyncrasique (Vause, 2009).

Si les connaissances supposent un accord entre les esprits basé sur un ensemble de preuves et d'arguments qui permet de justifier la validité des suppositions retenues ou une plus grande plausibilité par rapport à d'autres conceptions relatives au même phénomène, les croyances présentent, quant à elles des faiblesses au niveau de leurs justifications (Crahay et Fagnant, 2007). Elles se définissent « lorsque l'assentiment n'est suffisant qu'au point de vue subjectif et qu'il est tenu pour insuffisant au point de vue objectif » (Lalande, 2002, p. 198).

Abelson (1979) considère quatre caractéristiques permettant de différencier les croyances des connaissances : 1) contrairement aux connaissances, les croyances possèdent un caractère expérientiel et personnel ; 2) leur caractère évaluatif : les croyances renferment des attitudes et des valeurs ; 3) leur structure épisodique : la mémoire épisodique renferme les croyances qui se composent de souvenirs d'expériences ou d'éléments culturels ; et 4) leur caractère idéal : aucun consensus n'est requis pour appuyer la validité des croyances. Selon Vause (2009) ou encore Woolfolk, Hoy, Davis et Pape (2006), les connaissances font référence à des éléments

empiriques, factuels, alors que les croyances renvoient plutôt à des suppositions et des idéologies. Par ailleurs, les composantes affective et comportementale de la croyance, qui influencent la conduite et agissent comme un filtre, permettent de distinguer les croyances des connaissances (Crahay et *al.*, 2010).

La perspective de Bromme et Tillema (1995) mérite également d'être relevée. Ces auteurs envisagent les connaissances professionnelles des enseignants comme un amalgame de croyances et de connaissances scientifiques. Les enseignants possèdent des croyances et des connaissances qui influencent leur façon d'enseigner et de se comporter avec leurs collègues et leurs étudiants. Dans le cadre de la prise en compte des difficultés d'adaptation, plus particulièrement des ACAI, celles-ci leur permettent d'intervenir au mieux dans le cadre de leur pratique. La section suivante vise à présenter l'état des connaissances et des croyances des enseignants en lien avec les ACAI.

### 2.3.2 Connaissances et croyances des enseignants en lien avec les ACAI

Quelques écrits font état des connaissances en santé mentale en lien avec les TCA dans un contexte éducatif (Knightsmith et *al.*, 2013 ; O'Dea et Abraham, 2001). Plus précisément, ces études s'intéressent aux connaissances et croyances des conseillers pédagogiques, entraîneurs et quelques enseignants (Harshbarger et *al.*, 2011 ; Price et *al.*, 1990 ; Torres McGehee et *al.*, 2011 ; Turk et *al.*, 1999). Considérant le manque de données empiriques spécifiques aux enseignants, nous présentons ces résultats en lien avec les intervenants éducatifs. Il est par ailleurs important de relever qu'en raison de la tendance à considérer les ACAI comme des facteurs de risque des TCA plutôt que comme une forme moins sévère de TCA, les études consultées ne se penchent pas sur ce concept d'ACAI.



Dans ces études, les participants sont interrogés sur les TCA de façon générale, l'importance des TCA dans le monde de l'éducation ou encore la place tenue par ces derniers dans la prévention des TCA. Il ressort de ces études que les intervenants éducatifs connaissent globalement ce que sont l'anorexie mentale et la boulimie dans la majorité des cas (Harsbarger et *al.*, 2011 ; Turk et *al.*, 1999). Par ailleurs, les résultats de ces études indiquent que les éléments de définition de l'anorexie mentale, de la boulimie ou encore certains critères diagnostiques comme l'aménorrhée chez les filles pour l'anorexie mentale sont correctement nommés. Par contre, leurs caractéristiques spécifiques, leur étiologie ou encore les complications associées sont souvent mal comprises (Mond et *al.*, 2004). Par exemple, l'étude de Knighsmith et *al.* (2013) montre que les TCA sont souvent considérés comme une phase par laquelle passeraient les étudiants. Ainsi, ils éprouvent de la difficulté à percevoir les TCA comme des troubles mentaux sévères (Knighsmith et *al.*, 2013).

En lien avec l'étiologie des TCA, l'étude de Yager et O'Dea (2005) met en lumière que les intervenants éducatifs identifient majoritairement la pression sociale comme étant un facteur de risque des TCA, alors que quelques intervenants éducatifs estiment que le manque de contrôle ou les choix alimentaires des étudiants seraient en cause (Yager et O'Dea, 2005). Par ailleurs, il est possible de constater un effet du genre sur les connaissances relatives aux TCA, c'est-à-dire que les femmes ont de meilleures connaissances sur les TCA que les hommes (Price et *al.*, 1990). Ceci pourrait peut-être s'expliquer par la prévalence du genre relative aux troubles — les femmes par rapport aux hommes — et qu'elles sont soumises de façon plus importante à la pression socioculturelle liée au culte de la minceur (Cafri et *al.*, 2006). Ainsi, elles pourraient être amenées à rechercher plus d'informations sur le sujet, mais aussi être plus sensibles aux messages qui les concernent sans consciemment aller chercher cette information.

Il est intéressant de noter qu'il n'est jamais question des autres troubles comme l'hyperphagie ou la boulimie, par exemple. Ces études montrent également que les intervenants éducatifs possèdent la croyance que seuls les psychologues ou des professionnels de la santé peuvent aider les personnes présentant des TCA (Knighsmith et al., 2013).

Enfin, si en contexte scolaire l'accent est souvent mis sur l'influence négative des pairs dans l'émergence des TCA, l'étude de Rayner et al. (2013) permet un éclairage nouveau : dans certains cas, ce sont les amis qui informent les enseignants, conseillers ou psychologues scolaires de la présence d'un problème chez un élève. Certains programmes de prévention identifient même les étudiants, formés pour le faire, comme des ressources pour implanter ces programmes de prévention à l'image des patients partenaires en santé mentale (Graham et al., 2011 ; Neumark-Sztainer et al., 1999).

### 2.3.3 Place et importance de la formation pour prévenir les ACAI

Les études présentées dans la section ci-dessus mettent donc en évidence que les connaissances des enseignants au sujet des TCA sont partielles. De plus, la connaissance exclusive des TCA stigmatise la problématique et limite leur compréhension en comparaison avec les ACAI ou les TCA moins connus que l'anorexie mentale ou la boulimie. Cela amènerait, par exemple, les enseignants à affirmer qu'ils n'ont pas d'étudiants avec des TCA dans leur classe, alors qu'en fait, ces derniers auraient des ACAI.

Pour Schwitzer (2012), tout professionnel œuvrant dans les établissements éducatifs devrait être en mesure de connaître les TCA pour les détecter et mieux intervenir par la suite, car, comme mentionné par Turk, Prentice, Chappel et Shields déjà en 1999, le

manque de connaissances concernant les TCA représente une limite considérable à l'intervention. Torres McGehee et al. (2011) ajoutent que dans un contexte sportif, le manque de connaissances sur les TCA de la part du personnel est associé à la mise en place de réglementations et de procédures d'accompagnement des sportifs qui ne sont pas adaptées. Celles-ci sont alors inefficaces, voire délétères, alors que les entraîneurs et cliniciens devraient savoir que les sportifs présentent plus de TCA que les non-sportifs (Holm-Denoma et al., 2009). De la même façon, lorsque l'on parle de TCA, il n'est pas rare d'entendre qu'il s'agit d'un problème de nutrition ou de saines habitudes de vie relevant du professeur d'éducation physique et sportive alors, qu'en réalité, tous les domaines d'enseignement, et professionnels de l'éducation, sont concernés.

Par ailleurs, comme tout phénomène en santé, quand les enseignants ne sont pas familiers avec les caractéristiques biopsychosociales prédisant les TCA, soit les ACAI, leur identification devient très tardive et implique que les TCA se sont développés en une forme sévère du trouble menant à une diminution des performances académiques et sportives qui peut entraîner une déscolarisation temporaire (Mehler, 2011 ; Sundgot-Borgen et Torstveit, 2010). En d'autres termes, quand les manifestations de ce trouble internalisé deviennent visibles pour l'enseignant, il est souvent trop tard. Il est donc nécessaire de s'assurer que les membres du personnel éducatif possèdent les connaissances nécessaires pour identifier les caractéristiques psychologiques, sociales ou comportementales des étudiants à risque, soit les ACAI et leurs facteurs d'influence (Harshbarger et al., 2011).

Les enseignants peuvent jouer un rôle central dans la prévention des ACAI. Ils occupent une place privilégiée pour amener les étudiants à remettre en question les mythes entourant la minceur, augmenter l'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, améliorer la communication et promouvoir l'autonomie (Harsbarger et al.,

2011). Ils sont également aux premières loges pour remarquer les comportements problématiques, mais encore faut-il connaître ces comportements. Par exemple, les étudiants présentant des TCA ou des ACAI sont souvent d'excellents étudiants, décrits par l'entourage comme intelligents, perfectionnistes et engagés dans plusieurs activités. Il est donc impératif que les enseignants reçoivent de la formation sur les caractéristiques sociales, comportementales et psychologiques qui peuvent « mettre la puce à l'oreille », car sans formation, ce type de conduites pourrait être valorisé, voire encouragé. Si l'on cherche simplement des indices nutritionnels, alimentaires, il est possible de « passer à côté » du problème (Bardick et *al.*, 2004 ; Harsbarger et *al.*, 2011).

Concernant plus spécifiquement les connaissances en lien avec la prévention des TCA, il est difficile pour les enseignants d'intégrer les recommandations s'y rattachant, souvent considérée comme une tâche supplémentaire distincte de leur contenu pédagogique (Varnado-Sulliva et *al.*, 2013). Plusieurs études mettent d'ailleurs en évidence que les enseignants ne se considèrent pas comme compétents pour intervenir comme personne-ressource (Graham et *al.*, 2011 ; Harshbarger et *al.*, 2011 ; Price et *al.*, 1990). Dans la mesure où le continuum des ACAI est encore plus méconnu, il est possible de présumer que les connaissances des enseignants à ce sujet sont encore plus faibles. Il apparaît donc difficile d'identifier le problème. Par exemple, ils pourraient penser qu'un jeune homme qui perd beaucoup de poids rapidement devrait consulter un nutritionniste, alors qu'une observation d'ensemble permettrait peut-être de faire ressortir la présence d'autres comportements et ainsi reconnaître un TCA. À l'inverse, un enseignant qui ne connaît que l'anorexie mentale ou la boulimie pourrait, à juste titre, penser que ses étudiants ne présentent pas de TCA. Cependant, il pourrait ignorer d'autres TCA comme le trouble d'accès hyperphagiques, pensant qu'il s'agit de cas d'obésité. Finalement, les ACAI pourraient être considérés comme des conduites « normales » chez les étudiants.

La façon de prendre en compte et intégrer ces caractéristiques dans la pratique sans dénaturer l'enseignement n'est donc pas toujours chose aisée (O'Dea et Abraham, 2006). En effet, une mauvaise interprétation de la nature des comportements manifestés par les étudiants et une méconnaissance des facteurs pouvant influencer leur apparition sont susceptibles d'entraîner des actions qui peuvent empirer la situation au lieu de l'améliorer (Massé et *al.*, 2015 ; Torres McGehee et *al.*, 2011). Par exemple, complimenter un étudiant sur sa perte de poids ou l'encourager à la performance peuvent, chez des étudiants moins vulnérables être anodins, mais chez des étudiants préoccupés par le poids, l'apparence, cela peut créer une réaction en chaîne pouvant précipiter ou maintenir les ACAI. En effet, bien que les enseignants représentent des personnes-ressources majeures dans la prévention des TCA, il convient de faire preuve de vigilance, car sans connaissance des TCA, de leur fonctionnement et de la façon de les prévenir, les enseignants peuvent malgré eux nuire à la santé mentale de leurs étudiants en voulant les sensibiliser aux dangers de la poursuite de la minceur (Carter et *al.*, 1997 ; O'Dea et Abraham, 2001). Il est également important d'informer le personnel scolaire sur les structures et les professionnels qui peuvent prendre en charge des étudiants présentant des ACAI et des TCA (O'Dea et Abraham, 2006).

Comme mentionné, si les connaissances des enseignants en lien avec les TCA sont partielles, il semble important de les former pour améliorer leur compréhension des TCA et, par conséquent, des ACAI. Ce besoin de formation est également mis en évidence dans l'étude d'Harshbarger et *al.* (2011) et soutenu par celle de Knightsith, Treasure et Schmidt (2013). Ces auteurs montrent que malgré des connaissances, les conseillers pédagogiques ne se sentent pas compétents pour reconnaître les TCA et intervenir, bien que 55 % d'entre eux estiment que les TCA sont présents dans leur établissement (Harshbarger et *al.*, 2011). Ce sentiment de compétence serait

directement lié au manque de connaissances, comme proposé par Knigsmith et al. (2013).

La connaissance du continuum des ACAI, de ses origines et de ses complications ainsi que la façon d'intégrer la prévention voilée des TCA à sa pratique apparaissent comme essentielles dans l'accompagnement des étudiants. Cette connaissance s'avère nécessaire pour aider les enseignants à intervenir en amont auprès de ce public en difficulté et ainsi aider l'étudiant à structurer son identité, et ce, de façon adéquate (Graham et al., 2011 ; Carney et Scott, 2012). Par ailleurs, en adoptant cette posture à l'égard de la prévention des TCA intégrée au développement personnel et en renforçant les facteurs protecteurs de l'étudiant, nous le protégeons contre les TCA, mais aussi contre les troubles concomitants tels que l'anxiété de performance, la dépression, les troubles anxieux généralisés ou encore les troubles liés à l'usage de substances, qui partagent des facteurs de risque et de protection (INSPQ, 2010).

En résumé, il ressort premièrement de ces écrits que très peu de données existent quant aux connaissances et croyances des enseignants en lien avec les ACAI, plus particulièrement dans le contexte du collégial. Deuxièmement, les données existantes mettent en lumière que les connaissances des enseignants quant aux TCA et leur prévention ne sont que partielles. Cela témoigne ainsi de la nécessité de former les enseignants afin qu'ils soient capables d'identifier les caractéristiques psychologiques, sociales ou comportementales des étudiants, précurseurs de troubles cliniques, mais aussi les situations pouvant favoriser l'émergence de ces troubles (Harshbager et al., 2011). Ces connaissances, qui deviennent des préliminaires à la prévention des ACAI, permettent pourtant d'objectiver la relation entre l'enseignant et les ACAI. Elles constituent des outils indispensables pour l'enseignant afin de l'aider à percevoir de façon appropriée les changements problématiques et donc ne pas céder aux

représentations que l'on se fait des ACAI. Il apparaît donc primordial de savoir quelles connaissances possèdent les enseignants à ce sujet, mais aussi de vérifier si ces connaissances sont en adéquation avec ce que vivent les étudiants. Ainsi, pour faire suite à l'exposé des fondements théoriques et conceptuels qui sous-tendent la thèse, il convient de définir le but et les objectifs de la recherche.

#### 2.4 Objectifs et hypothèses de recherche

Comme cela vient d'être présenté, les TCA constituent une réalité du contexte collégial, qui prend la forme des ACAI plutôt que de troubles cliniques, mais très peu d'études s'intéressent aux ACAI, particulièrement auprès d'une population de niveau collégial. Au regard du fonctionnement des ACAI, il apparaît pourtant que le collégial présente plusieurs caractéristiques favorables à l'émergence d'ACAI, surtout chez les étudiantes et les sportifs. Par ailleurs, si plusieurs facteurs d'influence psychosociaux des ACAI se retrouvent dans le contexte collégial, des facteurs de protection sont également présents : les enseignants. Cependant, afin de devenir des facteurs de protection, ces derniers doivent posséder des connaissances sur les ACAI. Les études se penchant sur cette question sont également peu nombreuses, mais surtout elles ne prennent pas en considération la double réalité des ACAI dans le contexte éducatif. Les connaissances déclarées des enseignants ne sont jamais confrontées à la réalité des étudiants. Le manque de recherches et d'écrits scientifique empêche de dresser le portrait des ACAI en contexte collégial québécois.

Pour répondre à la question de recherche présentée dans la problématique, plusieurs objectifs sont formulés et présentés à la Figure 2.6. L'objectif général de la thèse est d'abord de dresser le portrait des ACAI en contexte collégial selon une double réalité,

celle des étudiants et celle des enseignants. L'hypothèse générale suppose un décalage entre ces réalités. Deux objectifs sont alors formulés :

Le premier objectif (O1), correspondant à la première phase de l'étude, vise à documenter les ACAI chez les étudiants du collégial. Deux sous-objectifs sont définis (S-O1 et S-O2). Le premier sous-objectif (S-O1) est de comparer les ACAI et leurs facteurs d'influence chez les femmes et les hommes du collégial. Comme cela a été démontré dans la première partie de ce chapitre, les recherches mettent en évidence la prévalence des ACAI chez les femmes comparativement aux hommes. Elles sont également davantage susceptibles de percevoir selon une plus grande intensité les facteurs d'influence des ACAI comme la pression de minceur, par exemple. Ainsi, deux hypothèses sont formulées. La première hypothèse (H1) prévoit que les femmes présentent des ACAI dans une plus grande fréquence et intensité que les hommes. La deuxième hypothèse (H2) postule des différences concernant les facteurs d'influence psychosociaux pouvant prédire les ACAI entre les femmes et les hommes, soit les échelles relatives aux facteurs d'influence psychologiques (sentiment d'inefficacité, peur de la maturité, méfiance interpersonnelle, perfectionnisme, conscience intéroceptive), la pression de performance et de minceur ainsi que l'intensité de pratique sportive. Trois sous-hypothèses sont identifiées (SH1, SH2 et SH3).

- La SH1 suppose que les femmes obtiennent des scores moyens significativement plus élevés que les hommes aux sous-échelles mesurant les facteurs d'influence psychologiques (soit le perfectionnisme, le sentiment d'inefficacité, la peur de la maturité, la méfiance interpersonnelle et la conscience intéroceptive).
- La SH2 postule que les femmes ressentent significativement plus de pression que les hommes.



- La SH3 postule une différence significative relative à l'intensité de pratique sportive entre les femmes et les hommes étudiants.

Le deuxième sous-objectif (S-O2) est d'identifier les facteurs d'influence qui prédisent les ACAI chez les étudiants du collégial. Trois hypothèses sont formulées (H3, H4 et H5).

- La troisième hypothèse (H3) stipule que les facteurs d'influence psychologiques, tels que le perfectionnisme, le sentiment d'inefficacité, la peur de la maturité, la méfiance interpersonnelle et la conscience intéroceptive, prédisent les ACAI.
- La quatrième hypothèse (H4) suggère que les facteurs d'influence sociaux, tels que la pression pour mincir et être mince ainsi que la pression performance, prédisent les ACAI.
- La cinquième hypothèse (H5) propose que les facteurs sociaux, tels que l'intensité de pratique sportive, prédisent les ACAI.

Le deuxième objectif correspondant à la deuxième phase de l'étude vise à identifier et décrire les connaissances et les croyances des enseignants du collégial en lien avec les ACAI. Pour atteindre cet objectif, plusieurs questions sont formulées afin de guider la deuxième phase de la recherche : Que connaissent les enseignants des TCA ? Connaissent-ils les ACAI ? Quelle est leur perception du vécu de leurs étudiants par rapport aux ACAI ? Quel(s) rôle(s) peuvent-ils jouer ?

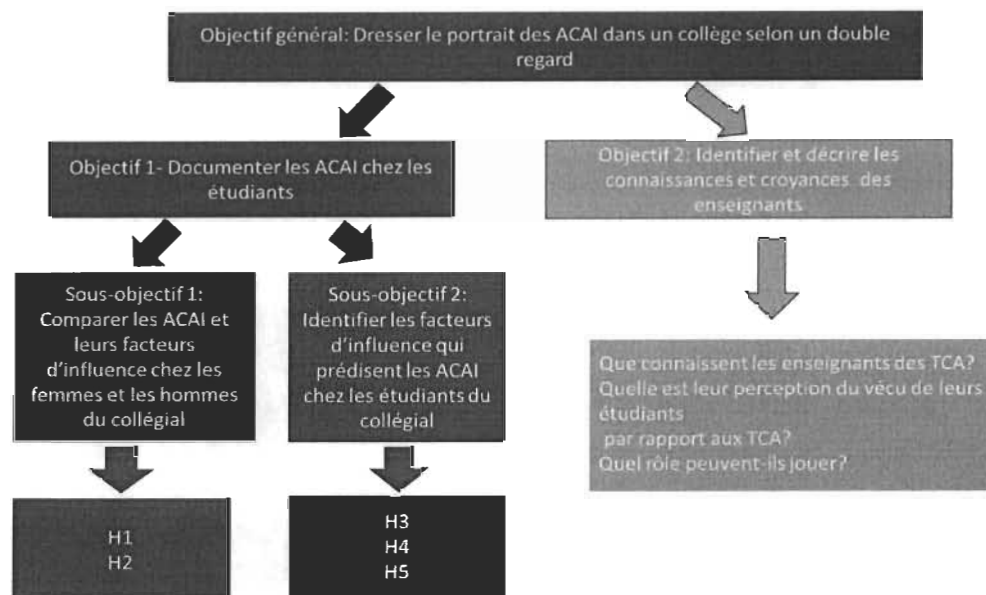


Figure 2.6 Récapitulatif des objectifs et des hypothèses de recherche

Ce deuxième chapitre a permis de mettre en lumière les fondements théoriques de la présente recherche ainsi que ses objectifs et hypothèses. Le chapitre suivant présente la méthode mise en place pour répondre à la question de recherche.

## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre expose la méthodologie mise en place dans le cadre de cette recherche doctorale portant sur les ACAI en contexte collégial québécois. Rappelons que le double objectif de cette recherche est de documenter les ACAI chez les étudiants ainsi que d'identifier et décrire les connaissances et les croyances des enseignants relatives aux ACAI.

Les sections de ce chapitre présentent les diverses composantes méthodologiques qui ont permis de conduire la recherche. Il est plus précisément question du choix d'une approche méthodologique adaptée aux objectifs et hypothèses poursuivis, des conditions de la recherche qui permettent de protéger les participants du point de vue éthique du choix des participants à proprement parler, et des procédures de collecte de traitement et d'analyse des données. Une vue macroscopique et synthétique des étapes de la recherche est proposée en annexe B.

### 3.1 Approche mixte pour un double regard sur les ACAI en contexte collégial québécois

Comme démontré dans le précédent chapitre, la relation entre les étudiants et les enseignants dans le rapport aux ACAI constitue une problématique complexe et multidimensionnelle. De ce fait, le recours à une seule approche méthodologique et à un seul type de données ne permet pas de saisir la complémentarité et la complexité de ces deux points de vue, constituant en fait les deux faces d'une même médaille.

La présente recherche se situe ainsi dans une visée principalement descriptive, mais les objectifs impliquent le recours à des approches méthodologiques différentes et ainsi des postures épistémologiques parfois opposées. En fait, bien que la présente thèse s'inscrive dans une épistémologie majoritairement pragmatique, au cours des différentes phases de la recherche, des nuances sont observées, selon l'aspect étudié de l'objet de recherche. En effet, à la lumière de la question générale de recherche et des deux objectifs formulés pour y répondre, les ACAI sont étudiés en fonction des étudiants comme objet d'étude vécu, et des enseignants comme objet perçu et connu. À ce titre, seule une méthodologie mixte en deux phases, intégrant respectivement la fréquence d'ACAI et la façon de qualifier les ACAI, permet de décrire et comprendre notre objet d'étude de manière holistique. La double visée de l'étude actuelle et la question générale de recherche qui l'anime nécessitent en effet le recours à plusieurs sources de données et à des méthodologies d'orientation tant quantitatives que qualitatives, intégrées à chaque phase de la recherche et influençant chacune de ses étapes de mise en œuvre. C'est pourquoi seul un devis mixte intégré peut être envisagé : c'est seulement dans l'intégration des deux phases de la recherche qu'il sera possible de répondre à notre question de recherche, tel qu'illustré dans la Figure 3.1 (Briand et Larivière, 2014 ; Creswell et Plano Clark, 2011 ; Teddlie et Tashakkori, 2009).

En fait, le devis mixte est particulièrement approprié pour étudier, décrire et comprendre des phénomènes complexes dans leur globalité, ici les ACAI, en alliant à la fois des techniques de collecte et d'analyse de données quantitatives et qualitatives. La double visée de l'étude actuelle et la question de recherche qui l'anime nécessitent en effet le recours à plusieurs sources de données et à des méthodologies d'orientations quantitatives et qualitatives. De cette façon, le devis mixte offre la possibilité au sein un même projet d'obtenir une richesse d'informations et approfondir le sujet de l'étude (Creswell et Plano Clark, 2011). Le devis mixte repose essentiellement sur le pragmatisme et implique que la collecte de plusieurs types de données permettra une meilleure compréhension d'un phénomène (Johnson et *al.*, 2007).

Dans la recherche actuelle, pour répondre au premier objectif de recherche visant à documenter les ACAI chez les étudiants, la première phase de cette étude s'inscrit dans une démarche de recherche empiriste, quantitative, hypothético-déductive dans laquelle des instruments de mesure standardisés sont utilisés dans le but de dresser un portrait détaillé d'une situation, soit la présence d'ACAI et de leurs facteurs d'influence chez les étudiants.

Dans la deuxième phase de la recherche, le second objectif de recherche voulant identifier et décrire les connaissances des enseignants en lien avec les TCA nous amène à adopter une posture différente, mais complémentaire à celle choisie dans la première phase de la recherche. Il s'agit cette fois d'une approche plus inductive, s'inscrivant dans une approche qualitative afin d'identifier et décrire de façon détaillée des phénomènes complexes, tels que les connaissances et les croyances, en prenant en considération les expériences des enseignants (Boudreau et Arseneault, 1994). Les méthodes de collecte de données et les outils utilisés pour atteindre cet objectif sont donc, quant à eux, nécessairement de nature qualitative pour décrire de façon détaillée

ce phénomène complexe que sont les connaissances déclarées des enseignants liées à leur expérience professionnelle.

Finalement, la complémentarité de ces deux phases de recherche (quantitative et qualitative) permettra une mise en perspective des résultats obtenus auprès des étudiants et des enseignants, et ce, dans le but de dresser le portrait global des ACAI dans le collège selon les deux acteurs concernés, que l'on ne pourrait avoir qu'avec l'une ou l'autre des phases de la recherche (Creswell et Plano Clark, 2011 ; Pluye et *al.*, 2009). Par ailleurs, l'articulation des deux phases offre la possibilité de croiser les résultats et d'identifier les similitudes et différences entre la réalité de terrain pour préciser le portrait global de cette même réalité selon les points de vue des deux principaux protagonistes impliqués dans le phénomène des TCA en contexte collégial.

En conséquence, pour répondre à notre question de recherche et atteindre les objectifs identifiés, nous n'avons pas le choix que d'avoir recours à ces deux phases et ces deux approches. Par ailleurs, la particularité de l'objet d'étude trouve tout son sens dans un devis mixte dans la mesure où une partie des résultats issus de la deuxième phase de recherche sont interprétés par le cadre théorique plus spécifique de la phase quantitative. Cela constitue d'ailleurs un des aspects originaux de cette thèse.

Ainsi, comme illustré dans la Figure 3.1, les méthodes mises en œuvre pour répondre aux deux objectifs de recherche, l'influence respective des fondements théoriques propres aux deux phases de la recherche tant dans l'élaboration de la recherche que dans l'interprétation finale et la réalisation des deux phases de la recherche de façon séquentielle, nous amènent à considérer que notre recherche se situerait dans un devis mixte pouvant être qualifié d'« hybride » à mi-chemin entre le devis mixte intégré et le

mixte séquentiel (Briand et Larivière, 2014). La Figure 3.1. permet de rendre compte de l'arrimage entre les différentes phases de la recherche.

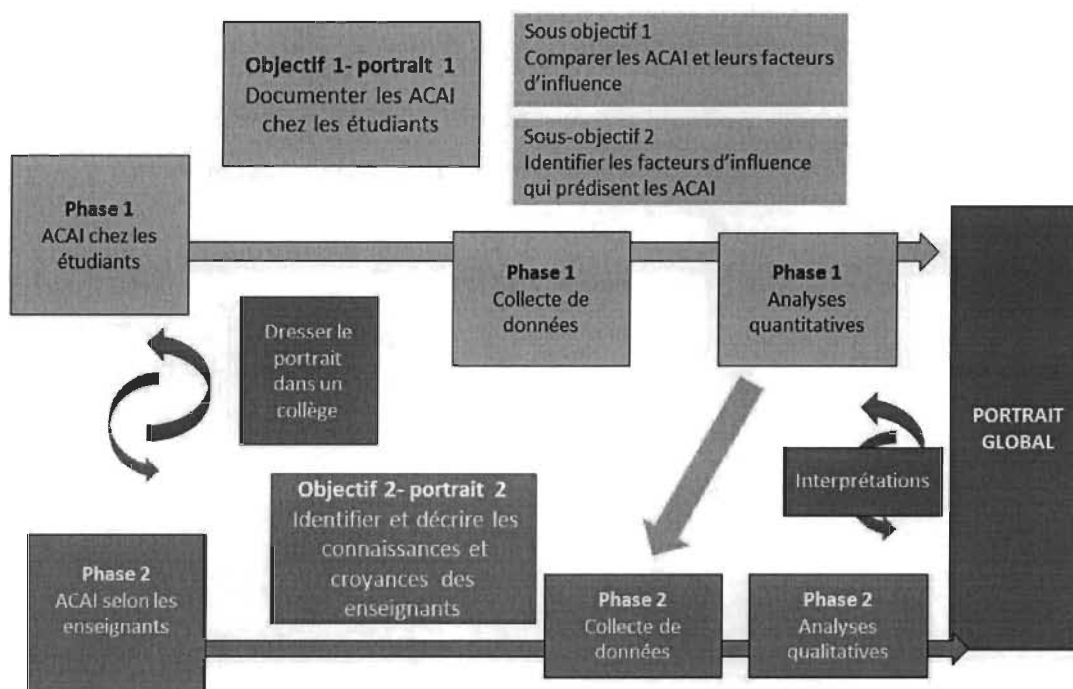


Figure 3.1 Phases de la recherche selon un devis mixte hybride entre intégré et séquentiel

La partie qui suit expose d'abord l'information sur le choix de la population visée, constituée par un échantillon d'étudiants et d'enseignants d'un collège de la région de la Mauricie. Par la suite, la technique d'échantillonnage choisie pour dresser un portrait des participants est abordée.

### 3.2 Participants à l'étude

Classiquement, cette section présente d'abord les caractéristiques de la population visée dans cette recherche, soit les étudiants du collégial et leurs enseignants, et de la méthode d'échantillonnage utilisée. Il est ensuite question des critères de sélection utilisés pour recruter les participants.

#### 3.2.1 Échantillonnage et critères de sélection

La méthode d'échantillonnage utilisée dans l'étude est non probabiliste et elle consiste en un échantillonnage de volontaires (Beaud, 2009 ; Fortin et Gagnon, 2016 ; Savoie-Zajc, 2011). Les étudiants et les enseignants d'un même collège représentent les deux populations à l'étude. Le choix des groupes de participants se fait de manière volontaire en identifiant les caractéristiques qu'ils doivent posséder pour participer à l'étude. Dans cette recherche, les participants doivent, d'une part, appartenir à une population à risque de développer des ACAI (les étudiants), et constituer des autrui significatifs pour les étudiants (les enseignants), d'autre part, comme mentionné dans le cadre de référence. Les critères de sélection des participants sont précisés dans la section suivante.

#### *Description des participants pour la première phase de la recherche*

Pour la première phase de la recherche (quantitative), l'ensemble des étudiants inscrits dans des filières préuniversitaires et techniques du collège choisi est sollicité pour participer à la présente recherche. Considérant l'objectif d'intégrer la population collégiale en grand nombre, aucun critère d'exclusion n'est déterminé.



À la lumière du cadre de référence et en lien avec nos hypothèses de recherche, trois critères de sélection sont déterminés. Les étudiants doivent

- être âgés de 15 à 22 ans.
- être inscrits dans un programme préuniversitaire ou technique.
- remettre le formulaire de consentement éclairé, dûment signé.

Ainsi, l'échantillon des étudiants compte 165 étudiants, 117 femmes et 48 hommes âgés en moyenne de 18,99 ans (ÉT = 1,96), inscrits des programmes d'étude préuniversitaire (sciences nature et sciences humaines) ou technique (commercialisation de la mode, en technique d'éducation spécialisée et en technique d'éducation à l'enfance).

Plus précisément, 75 étudiants poursuivent des études dans des filières techniques, 15 en commercialisation de la mode et 60 en technique d'éducation spécialisée. Ce sont 90 étudiants qui sont inscrits dans des filières préuniversitaires, 53 dans des programmes de sciences humaines et 37 en sciences de la nature. Huit étudiants font partie du réseau RSEQ et 12 sont dans un programme Sport plus.

Selon leur appartenance au programme d'études, les participants peuvent être catégorisés selon trois profils : réguliers, Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) et Sport plus. Dans les programmes préuniversitaires, certains étudiants ont une option sport intercollégial (RSEQ) ou Sport-études (Sport plus). Le sport correspond alors à une pratique sportive compétitive. Le programme RSEQ s'adresse à des étudiants qui possèdent des habiletés sportives et qui désirent poursuivre une pratique sportive entamée au secondaire en participant à des compétitions entre collèges. Le Sport-études correspond à une pratique sportive supérieure en termes d'intensité de pratique et de niveau de compétition. En effet, ces athlètes participent à des compétitions de niveaux

régional, provincial ou national, voire international. À l'inverse, les étudiants dits réguliers ne pratiquent pas d'activités sportives de façon compétitive ou ne sont pas inscrits dans les programmes du réseau RSEQ ou Sport-plus.

#### *Description des participants pour la deuxième phase de la recherche*

Pour la deuxième phase (qualitative), aucun critère d'exclusion n'est considéré afin d'intégrer le plus grand nombre de participants et un critère de sélection est formulé :

- les participants doivent être salariés du collège hors consultant et doivent bien vouloir participer.

L'échantillon se compose de 30 enseignants, qui exercent leur profession dans le milieu de collecte de données depuis 17,28 ans en moyenne. Ces enseignants interviennent dans des programmes techniques, soit technique d'éducation spécialisée (n = 6), technique d'éducation à l'enfance (n = 5) et commercialisation de la mode (n = 2), et des programmes préuniversitaires, soit sciences humaines (n = 9) et sciences nature (n = 7). Une enseignante est quant à elle du domaine de l'éducation physique.

### 3.3 Collectes des données

Cette section présente, selon les deux phases de la recherche, les collectes de données. Dans un premier temps, les instruments utilisés ainsi que la technique d'administration de ces instruments auprès des étudiants sont décrits. Dans un deuxième temps, la collecte de données auprès des enseignants est détaillée.

### 3.3.1 Phase quantitative : instruments et déroulement

Deux natures de variables nous intéressent dans la première phase de cette recherche : les ACAI et les facteurs d'influence biopsychosociaux prédisant les ACAI, ou facteurs d'influence des ACAI. Comme présenté dans le cadre de référence, les ACAI, classés en trois sous-types, renvoient aux ACAI congruents, soit l'insatisfaction corporelle et le désir de minceur, les ACAI de type restrictif comme les régimes, à la consommation de coupe-faim, de diurétiques, le recours au jeûne, à l'exercice excessif, au mâcher-recracher et à la consommation de boissons énergisantes. Les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatifs englobent, quant à eux, les vomissements provoqués, les lavements, la consommation de laxatifs et la boulimie. Les facteurs psychosociaux pouvant influencer le développement d'ACAI correspondent, pour leur part, au sentiment d'inefficacité, la conscience intéroceptive, la peur de la maturité, le degré de perfectionnisme, et la méfiance interpersonnelle, pour les facteurs d'influence psychologiques. Il s'agit de la pratique sportive et des pressions perçues de minceur et de performance, tant académique que sportive pour les facteurs d'influence sociaux.

#### 3.3.1.1 Variables et instruments

Trois questionnaires permettent d'évaluer les variables à l'étude. Les ACAI sont évalués à l'aide du questionnaire diagnostique des TCA (QDTCA) pour la partie comportementale et de l'inventaire des TCA pour adolescents à 24 items (EDI-A-24) pour les composantes attitudinales. Les facteurs d'influence des ACAI sont, quant à eux, mesurés à l'aide du questionnaire d'informations générales pour les facteurs d'influence biologiques et sociaux et de l'EDI-A-24 pour les facteurs d'influence psychologiques. Chaque questionnaire est présenté dans la section suivante.

*Questionnaire d'informations générales.* À l'image d'autres études portant sur les ACAI, le premier questionnaire remis aux participants est un questionnaire d'informations générales (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Chatterton et Petrie, 2013 ; Lanfranchi et *al.*, 2014). Ce questionnaire ajoute à l'explication des résultats et permet d'obtenir les renseignements requis pour identifier le profil général du participant dans le but d'affiner les explications relatives aux caractéristiques en lien avec les ACAI *a posteriori*. Plus précisément, ce questionnaire permet de recueillir des données démographiques sur les participants, mais aussi les facteurs d'influence sociaux pouvant mener au développement d'ACAI. Ainsi, les participants rapportent leur âge, leur genre, leur poids et leur taille. Ils sont questionnés sur leur type de pratique sportive, le niveau de pratique (sport-études ou intercollégial), le volume et la fréquence de la pratique sportive dans leur vie de tous les jours, ainsi que sur la fréquence de leurs blessures. Ils sont également interrogés sur le temps investi dans leurs études, la pression perçue de performance sur le plan académique et sportif, leur moyenne générale, leurs études, mais aussi sur leur état général de santé. À partir de leur poids et de leur taille, leur indice de masse corporelle (IMC) est alors calculé en divisant leur poids<sup>8</sup> en kilogramme par leur taille en mètre au carré ( $\text{kg/m}^2$ ), ce qui permet de former des catégories d'IMC soit sous-poids ( $< 18,5$ ), poids normal ( $> 18,5$ ), surpoids ( $> 25$ ) et obésité ( $> 30$ ). À noter qu'en raison de l'âge des participants, l'algorithme de Cole, généralement utilisé pour calculer l'IMC des enfants et adolescents (17 ans), n'a pas été utilisé. Le questionnaire est disponible en annexe C.

---

<sup>8</sup> Bien que l'IMC mesure la masse corporelle, il est communément admis d'utiliser le terme « poids », bien que celui-ci soit normalement donné en Newton.

*Questionnaire pour diagnostic des troubles du comportement alimentaire (QDTCA).* Afin de mesurer la présence et l'intensité des ACAI, la version francophone du *Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis* (QEDD de Mintz et al., 1997) de Callahan et al. (2003) est utilisée sous le nom de QDTCA. Cet instrument a pour objectif d'évaluer la présence ou l'absence de crises de suralimentation et de comportements compensatoires inappropriés (CCI), donc la présence d'ACAI comportementaux, défavorables à long terme. Le QDTCA évalue aussi la fréquence et la durée dans le temps de ces comportements. Neuf CCI sont évalués à l'aide de 27 items, les CCI appartenant aux ACAI de type restrictif, soit les régimes, le mâcher-recracher, le jeûne, la consommation de médicaments coupe-faim. Les CCI appartenant aux ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif comptent les crises de suralimentation, le recours aux vomissements provoqués, aux lavements et l'utilisation de laxatifs, trois items permettant d'évaluer chacune de ces neuf dimensions. Cet autoquestionnaire propose des modes de réponse à items variés : format « oui/non », choix multiple (durée et fréquence du comportement) ou une demande d'informations substantives (comme la taille, le poids, les raisons des comportements). La consistance interne globale du questionnaire est élevée avec un alpha de Cronbach de 0,70. Les consistances internes de chaque échelle sont présentées dans le Tableau 3.1 disponible en annexe F. Le questionnaire est, quant à lui, disponible en annexe D.

*Inventaire des troubles du comportement alimentaire — Adolescent.* Les facteurs d'influence psychologiques pouvant mener aux ACAI ainsi que les ACAI attitudeux

sont mesurés à l'aide de la version francophone courte à 24 items<sup>9</sup> (EDI-A-24 de Maïano et al., 2009) du *Eating Disorders Inventory* (Garner et al., 1983). La particularité de ce questionnaire est qu'il permet d'évaluer la présence de cinq facteurs d'influence psychologique, soit le perfectionnisme, la conscience intéroceptive, la peur de la maturité, la méfiance interpersonnelle et le sentiment d'inefficacité, mais aussi de trois ACAI, soit la boulimie, le désir de minceur et l'insatisfaction corporelle (Garner et al., 1983). L'EDI-A-24 comporte huit échelles, évaluées chacune à l'aide de trois items. Les participants répondent à chaque item par une échelle de type Likert en cinq points, allant de 5 (toujours) à 0 (jamais). Une distinction est à faire entre les items directs et inversés. Ainsi, pour les items directs, « toujours » reçoit un score de 5 ; les réponses sont cotées : 5-4-3-2-1-0. Pour les items inversés, « jamais », reçoit un score de 5, de telle façon que les réponses sont cotées : 0-1-2-3-4-5.

La somme des scores obtenus à chacun des items permet d'obtenir le score total de l'échelle. Des scores coupures<sup>10</sup> sont déterminés pour chacune des échelles. Au-delà des huit dimensions de l'EDI-A-24, trois scores supplémentaires peuvent être calculés. Il s'agit du score total, représenté par la somme des scores obtenus aux 24 items du questionnaire ; de l'index de symptômes, composé de l'échelle de boulimie, d'insatisfaction corporelle et du désir de minceur ; et de l'index de personnalité, composé du perfectionnisme, du sentiment d'inefficacité, de conscience intéroceptive,

---

<sup>9</sup> La version courte pour adolescents à 24 items est choisie afin de faciliter la passation des questionnaires. En effet, le nombre d'items étant réduit, cela permet aux participants de fournir une moindre concentration et ainsi de remplir plusieurs questionnaires.

<sup>10</sup> Les scores coupures correspondent à des scores qui permettent de situer les participants sur un continuum de risque. Par exemple, si pour échelle le score coupure est de 2 et que le participant obtient un score de 4 à cette échelle, il est considéré comme à risque pour ce construit.

de peur de la maturité et de méfiance interpersonnelle. La consistance interne du questionnaire est élevée avec un alpha de Cronbach de 0,91 pour le score total de l'EDI-A-24 (Bonanséa et *al.*, 2016). Les consistances internes de sous-échelle ainsi que leur score coupure sont présentées dans le Tableau 3.2, lequel est disponible en annexe F. Pour sa part, le questionnaire se retrouve à l'annexe E.

### 3.3.1.2 Déroulement

La passation se déroule directement au collège, dans les salles de cours selon les disponibilités des enseignants ayant accepté que leurs cours soient interrompus. Les participants remplissent pendant 30 à 50 minutes les trois questionnaires, au collège, en présence de la chercheure.

La chercheure présente la nature et le but de l'étude avant de remettre les questionnaires accompagnés du formulaire de consentement à participer. Le formulaire et les questionnaires sont remplis en sa présence afin de s'assurer que le participant les remplissent lui-même, qu'il comprenne bien toutes les questions et, finalement, que ses réponses sont avant tout personnelles. Une aire de confidentialité est aménagée, c'est-à-dire que dans la mesure du possible, les participants sont disposés dans la salle de façon à être assez espacés les uns des autres dans le but d'éviter les regards, mais aussi pour permettre à chacun de répondre individuellement et le plus honnêtement possible à des questions parfois chargées émotionnellement.

### 3.3.2 Phase qualitative : outils et déroulement

Dans cette deuxième phase de la recherche, deux étapes sont envisagées : la première correspond à la passation d'un questionnaire, et la deuxième à l'organisation d'un

groupe de discussion focalisée, précédé d'une mise à niveau sur les TCA. Ces deux étapes ont lieu au sein du collège. Ces différentes méthodes de collecte de données sont utilisées pour identifier les connaissances déclarées des enseignants concernant les ACAI, c'est-à-dire celles qu'ils disent posséder, qui ne sont pas nécessairement validées empiriquement. Les enseignants sont interrogés à la fois sur les connaissances « théoriques », soit des éléments de définition, et leurs connaissances ouvragées, soit en lien avec leur expérience professionnelle ou leurs connaissances de terrain, en se basant sur la perception qu'ils ont des étudiants (Vause, 2009).

À l'image des études antérieures visant à identifier les connaissances des participants, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et d'un groupe de discussion, dans le but de recueillir des données plus riches (Knightsmith et *al.*, 2013 ; Rousseau et *al.*, 2012). Il convient de rappeler, qu'en raison des représentations liées aux TCA dans le milieu éducatif, au manque de connaissances au sujet de leur continuum de sévérité et des ACAI, nous interrogeons d'abord les participants sur les TCA afin de pouvoir faire émerger leurs connaissances déclarées et en arriver éventuellement aux ACAI (Rousseau et *al.*, 2012 ; Torres McGehee et *al.*, 2011 ; Turk et *al.*, 1999).

### 3.3.2.1 Étape 1 : questionnaire et mise à niveau

La chercheure présente la nature et le but de l'étude avant de remettre les questionnaires accompagnés du formulaire de consentement à participer. Les questionnaires ont été remplis en présence de la chercheure afin de s'assurer que le participant le remplisse lui-même, qu'il comprenne bien toutes les questions et, finalement, que ses réponses sont avant tout personnelles. Il convient de rappeler qu'en raison de la méconnaissance sociétale du concept des ACAI, les enseignants sont interrogés sur les TCA.



*Questionnaire général sur les connaissances déclarées des TCA.* Ce questionnaire que nous avons élaboré compte 19 items et vise à recueillir les informations sociodémographiques des participants. Des questions sont aussi posées sur la particularité des étudiants du collège ainsi que sur les facteurs pouvant influencer de façon positive ou négative leur réussite. Finalement, huit questions portent spécifiquement sur les TCA. Les connaissances initiales des participants relatives aux TCA en lien avec leur milieu de travail sont alors sollicitées selon six thèmes, choisis en concordance avec le cadre théorique (Savoie-Zajc, 2011). Par ailleurs, ces thèmes sont majoritairement utilisés dans les études portant sur les connaissances des enseignants (Knightsimth et al., 2013 ; O’Dea et Abraham, 2001). Il s’agit des définitions des TCA, de leur étiologie, mais aussi des complications liées aux TCA, de leur influence sur la sphère académique, leur identification des TCA et leur prévention. La modalité de réponse aux questions est essentiellement à court développement. L’ensemble des données recueillies dans ce questionnaire nous permet de compléter le portrait des participants. Il est disponible en annexe G.

*Mise à niveau sur les TCA.* Préalablement au groupe de discussion, les participants ont assisté à une présentation de 20 minutes sur les TCA. Cette présentation avait pour objectif de s’assurer que tous les participants possédaient les mêmes connaissances de base sur les TCA pour pouvoir en discuter lors des groupes de discussion focalisée. Il était par exemple question des éléments de définition, de l’étiologie ou encore du continuum des ACAI.

La complétion du questionnaire et la mise à niveau sur les TCA permettent de s’assurer que les participants à la recherche répondent au critère d’homogénéité par rapport à leur expérience du sujet de la discussion (Krueger, 2000) ; ce critère étant nécessaire à la mise en œuvre de l’étape suivante, soit le groupe de discussion focalisée.

### 3.3.2.2 Étape 2 : le groupe de discussion

*Groupe de discussion focalisée*<sup>11</sup>. Durant 45 à 60 minutes, selon les groupes de participants formés, un groupe de discussion est mené afin d'approfondir les éléments mis en évidence à l'aide des questionnaires (Baribeau et Germain, 2010 ; Knightsmith et al., 2013). Le groupe de discussion a été choisi pour favoriser l'interaction entre les participants dans le but d'enrichir les propos de chacun. En effet, en regroupant plusieurs personnes ayant un rapport commun avec le thème de recherche, on vise à générer des discussions qui permettent de comprendre les similitudes et les divergences en ce qui a trait aux points de vue des participants (Morgan, 2004). Le but consiste pour la chercheuse à arriver à une compréhension la plus riche et la plus approfondie possible de l'expérience et des connaissances des participants sur le thème d'intérêt (Grønkjær et al., 2011). Dans le but de faciliter le déroulement des entretiens et pour s'assurer que chaque participant puisse s'exprimer, quatre groupes sont constitués selon l'appartenance au programme d'enseignement des participants. Sept à dix participants composent chacun des groupes (Desrosiers et Larivière, 2014 ; Touré, 2010).

La chercheuse se prépare en établissant un canevas d'entrevue qui rencontre les caractéristiques d'une entrevue semi-dirigée. Ce modèle d'entrevue est privilégié, car il préserve la souplesse liée à la forme de questions et au déroulement de l'entrevue. Il est donc plus flexible que l'entrevue dirigée et offre la possibilité d'approfondir une réponse en questionnant davantage, tout en gardant un cadre qui permet de s'assurer que l'objectif de recherche est atteint. Plus précisément, ce canevas d'entrevue est

---

<sup>11</sup> En vue d'alléger le texte, le terme « groupe de discussion » est privilégié dans cette thèse.

caractérisé par une série de questions prédéterminées sur des thèmes pertinents à la recherche, issus du cadre de référence. L'avantage de conduire les groupes de discussion de façon semi-dirigée réside dans la possibilité pour la chercheuse d'adapter ou de modifier les questions au besoin de façon à interroger davantage les participants ou à élaborer des idées qui seraient proposées lors des échanges (Ouellet et Mayer, 1991). Ces thèmes sont présentés dans le prochain paragraphe.

*Le guide d'entretien du groupe de discussion* est élaboré à partir du questionnaire préalablement remis aux enseignants (disponible en annexe H). Cinq thèmes provenant du cadre de référence de la recherche sont utilisés dans le groupe de discussion, à savoir : l'épidémiologie des TCA et des ACAI chez les étudiants du collège, les signes observables, les facteurs de risque en contexte collégial, l'influence des TCA sur la réussite académique et sportive, et la prévention des TCA en contexte éducatif. Les thèmes peuvent être suggérés dans l'ordre et la logique des propos tenus pendant la rencontre. Les questions posées sont toujours contextualisées au collège et aux étudiants côtoyés par les enseignants. Ainsi, les participants sont interrogés sur la présence de TCA chez leurs étudiants, sur les facteurs de risque spécifiques à leur milieu de travail. Lors des échanges, la chercheuse s'appuie sur les résultats préliminaires des questionnaires remplis par les étudiants pour relancer la discussion au besoin. L'objectif est d'amener les participants à approfondir leur réflexion sur les thématiques étudiées.

Les entrevues semi-dirigées de chaque groupe de discussion ont été enregistrées sur bande sonore. L'enregistrement des entrevues sur bande sonore se révèle un outil avantageux, puisqu'il permet de ne faire abstraction d'aucun élément pertinent. Les quatre enregistrements ont été retranscrits intégralement à l'aide du traitement de texte. Chaque groupe de discussion correspond à un fichier distinct numéroté selon l'ordre

chronologique des entrevues, alors identifié V1, V2, V3 et V4. Chaque participant du groupe de discussion est nommé selon l'ordre de prise de parole au cours de l'entrevue. Ainsi, la première personne à s'exprimer durant le premier groupe de discussion est identifiée selon le code V1P1.

#### *Considération d'ordre éthique*

Cette étude a obtenu l'accord du comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-15-216-07.17, annexe I) et du milieu de collecte de données (CÉR-XXX2016-01, annexe J). Une lettre explicative de l'étude présentant ses objectifs, son déroulement et ses retombées est remise aux participants. Un consentement libre et éclairé dans lequel sont spécifiés la nature de la participation à la recherche, l'engagement à la confidentialité, le droit de se retirer du projet à tout moment et les risques et avantages encourus par les participants leur sont également transmis avec la lettre (annexes K et L). Une fois les consentements signés et remis à la chercheuse, un code numérique formé des deux premières lettres du prénom du participant et de sa date de naissance est attribué à ce dernier afin d'assurer son anonymat. Ce code est connu de la chercheuse seulement.

#### 3.4 Analyses des données

L'approche mixte utilisée amène à avoir un traitement et une analyse différenciés selon le type de données collectées. Les analyses utilisées dans le cadre de cette recherche sont présentées en deux parties correspondant chacune aux différentes phases de la recherche. En ce qui concerne la partie quantitative (phase 1, données collectées auprès des étudiants), les analyses sont menées à l'aide de la version francophone (version 24) du logiciel SPSS. En ce qui concerne la partie qualitative (phase 2, données collectées

auprès des enseignants), l'analyse de contenu est privilégiée, aucun logiciel n'a été utilisé.

Avant de présenter le plan d'analyse, il convient de rappeler les objectifs et hypothèses généraux de recherche. L'objectif général de recherche est de documenter les ACAI dans un contexte collégial québécois selon un double regard, celui des étudiants et celui des enseignants. L'hypothèse générale suppose des différences entre la réalité des ACAI vécus par les étudiants et perçus par les enseignants. Deux objectifs sont ainsi formulés et rappelés ci-après. Le premier vise à documenter les ACAI chez les étudiants, alors que le second cherche à identifier et décrire les connaissances et les croyances des enseignants en lien avec les ACAI.

#### 3.4.1 Analyses quantitatives : données collectées auprès des étudiants

Les analyses quantitatives menées sur les données collectées auprès des étudiants sont réalisées selon deux étapes visant à répondre au premier objectif de recherche. La première étape, comparative, permet de répondre au premier sous-objectif de recherche, alors que la deuxième, prédictive, cherche à répondre au deuxième sous-objectif de recherche. Avant de commencer les analyses, les données sont vérifiées afin de s'assurer qu'elles sont complètes et répondent à la loi normale.

Concernant le remplacement des données manquantes, sur les 165 participants à l'étude, 12 n'ont pas répondu aux questions portant sur le poids, et 7 la question portant sur leur taille. Dans les deux cas, le pourcentage de données manquantes étant inférieur à 8 % et considérant la nature des données, celles-ci n'ont pas été remplacées. L'indice de masse corporelle et les moyennes relatives à ces données sont calculés sans tenir

compte de ces données manquantes. Il convient également de préciser qu'aucune autre donnée manquante n'a été relevée dans l'ensemble des questionnaires remplis.

Concernant la répartition des données, des analyses exploratoires sont également menées pour étudier cette répartition à l'aide du diagramme à bâtons. Les tests de normalité effectués indiquent que les indices d'asymétrie pour l'EDI-A-24 se situent entre -2 et +2, alors que l'aplatissement se situe plutôt entre -7 et +7. Des tests paramétriques peuvent donc être réalisés pour répondre aux hypothèses de recherche.

#### 3.4.1.1 Étape 1 : analyses comparatives en lien avec le premier sous-objectif de recherche

Rappelons que le premier sous-objectif est de comparer les ACAI et leurs facteurs d'influence chez les femmes et les hommes du collégial. Préalablement aux analyses principales, des analyses préliminaires sont menées, dans la forme d'analyses descriptives.

*Analyses préliminaires : analyses descriptives.* Afin de préparer les analyses principales et donner une vision globale des résultats de recherche, des analyses descriptives sont réalisées (Ancelle, 2006). Elles ont plus précisément pour fonction de dresser le portrait des caractéristiques comportementales et psychosociales des participants. Ces analyses descriptives présentent les moyennes et écarts-types des résultats obtenus par les répondants aux instruments de mesure. Des analyses de fréquence sont également utilisées pour rendre compte des effectifs.

*Analyses principales : test de Student et test du Khi carré*<sup>12</sup>. Les résultats obtenus au QDTCA et l'échelle de la boulimie de l'EDIA-24 ont été comparés à l'aide d'un test de Khi carré et d'un test-t de Student respectivement. Ces analyses permettent de vérifier les deux premières hypothèses et sous-hypothèses, qui supposent que les étudiantes présentent plus d'ACAI de type restrictif et de type hyperphagique avec purge que les étudiants (H1), qu'elles obtiennent des scores significativement plus élevés aux échelles de l'EDI-A-24 (H2), et qu'elles ressentent significativement plus de pression que les étudiants (H3).

#### 3.4.1.2 Étape 2 : analyses prédictives en lien avec le deuxième sous-objectif de recherche

À titre de rappel, le deuxième sous-objectif de la recherche vise à identifier les facteurs d'influence qui prédisent les ACAI chez les étudiants. Des analyses préliminaires de type corrélationnel sont menées avant de réaliser les analyses principales.

##### *Analyses préliminaires : matrice de corrélation*

Afin de vérifier les trois hypothèses en lien avec les analyses prédictives, une matrice de corrélation est établie entre les variables indépendantes pour vérifier si le niveau de multicollinéarité présent dans les données est acceptable (annexe M). Les coefficients de corrélation significatifs indiquent un  $r$  de Pearson inférieur à 0,7 et montrent que les

---

<sup>12</sup> Dans cette étude, le seuil de significativité est fixé à \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

variables indépendantes ne sont pas corrélées, et donc qu'elles peuvent être traitées dans le cadre de modèles de régression uniques (Howell, 2008 ; Kakaï et *al.*, 2006).

*Analyses principales : régressions linéaires simples.* Les hypothèses et sous-hypothèses supposant que les facteurs d'influence psychosociaux prédisent les ACAI chez les étudiants ont été vérifiées à l'aide de plusieurs séries de régressions linéaires simples.

La première série de régressions linéaires vise à vérifier la troisième hypothèse de recherche (H3) et suggère que les facteurs d'influence psychologiques prédisent les ACAI.

La deuxième série de régressions linéaires permet de tester la quatrième hypothèse (H4), qui présume que les facteurs d'influence sociaux tels que la pression de performance et la pression de minceur prédisent les ACAI.

La troisième série de régressions linéaires tente de confirmer la cinquième hypothèse de recherche (H5), qui stipule que les facteurs sociaux comme l'intensité de pratique sportive prédisent les ACAI.



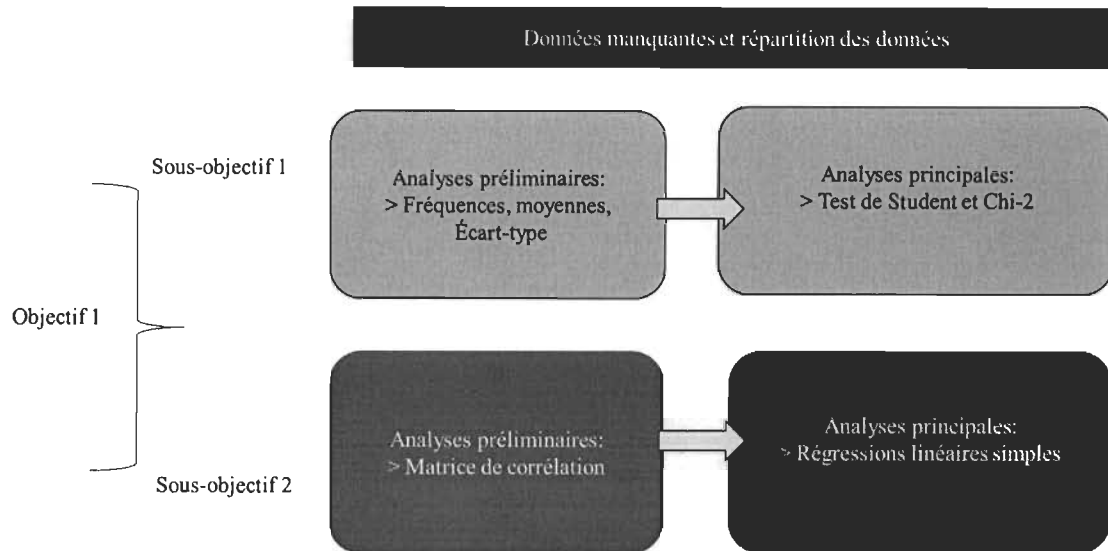


Figure 3.2 Étapes de l'analyse quantitative

#### 3.4.2 Analyses qualitatives : données collectées chez les enseignants

Cette deuxième phase de la recherche s'inscrit dans une posture qualitative descriptive (Savoie-Zajc, 2011). Deux étapes constituent les analyses des données recueillies auprès des enseignants. Dans un premier temps, les réponses données par les enseignants au questionnaire sont analysées de façon à dresser un premier portrait de leurs connaissances déclarées. Dans un deuxième temps, les données issues des entretiens sont transcrites en *verbatim*, intégralement et sans modifications majeures, sans prendre en compte le non verbal des participants. Les propos des participants ont été transcrits « tels quels », c'est-à-dire que les pauses, hésitations ou le type de langage se retrouvant dans le discours n'ont pas été altérés, respectant de ce fait la formulation des propos des participants à la recherche (Van der Maren, 2007). Par la suite, ces données sont analysées qualitativement à l'aide de l'analyse de contenu présentée dans la section suivante.

L'analyse qualitative consiste à attribuer un sens aux données recueillies et à démontrer de quelle façon elles répondent à la question de recherche. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse de contenu est privilégiée. D'après Mucchielli (2006), l'analyse de contenu est une méthode capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles. Elle a pour but premier d'éviter d'avoir recours à l'intuition ou aux impressions personnelles dans l'analyse des données.

Dans le domaine scientifique, et spécifiquement dans les sciences humaines, L'Écuyer (dans Deslauriers, 1987) affirme que :

L'analyse de contenu est une méthode visant à découvrir la signification du message étudié [...]. Sur ce point, tous les spécialistes et utilisateurs de l'analyse de contenu s'accordent pour dire que c'est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories, des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis. (p. 50)

Ainsi, analyser le contenu correspond à la recherche d'informations se trouvant dans le discours, dégager le sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce que « contient » cette communication (Dany, 2016 ; Mucchielli, 2006). Deux niveaux de lecture sont donc envisagés, le premier très « terre à terre », menant au deuxième niveau de lecture, et le second, le niveau sous-jacent, caché, sous-entendu (Bardin, 1998, Dany, 2016).

### 3.4.2.1 Les étapes de l'analyse de contenu

L'Écuyer (1987) identifie six étapes nécessaires pour une analyse de contenu de qualité. Ces étapes sont respectées dans cette analyse des données, comme illustré dans la Figure 3.3. Plus précisément, les verbatim ont d'abord été lus plusieurs fois, de façon à se familiariser avec le contenu pour en dégager le sens général et les idées principales, ainsi que pour orienter l'analyse subséquente en vue de l'atteinte des objectifs de recherche (étape 1, lecture préliminaire et établissement d'une liste des énoncés).

Pour faire suite aux premières lectures, le matériel a ensuite été découpé en unités de sens. Dans cette recherche, les unités de sens renvoient à des phrases, des paragraphes évoquant une idée. Les unités de classification correspondent quant à elles aux thématiques abordées dans le groupe de discussion (étape 2, choix et définition des unités de classification).

Par la suite, les unités de sens ont été regroupées en rubriques plus larges. Un modèle de catégorisation mixte a pour cela été utilisé, pour être en cohérence avec un cadre d'analyse semi-émergent (Loiselle et Harvey, 2007). La plupart des thématiques dans lesquelles les propos des enseignants ont été regroupés étaient préexistantes par le cadre théorique. En lien avec ces thématiques, des balises théoriques, issues du cadre de référence, présentées dans le Tableau 3.1 et ultérieurement devenues des catégories préexistantes ont été utilisées pour pouvoir analyser le contenu. Cependant, dans le but de respecter au mieux les propos des enseignants, la chercheuse s'est détachée le plus possible du cadre de référence afin de laisser émerger de nouvelles thématiques, et donc de nouvelles catégories. Ainsi, au cours du processus de catégorisation, les nouvelles catégories ont parfois remplacé les catégories préexistantes. Il en est de même pour les thématiques (étape 3, processus de catégorisation et de classification).

Tableau 3.1 Balises théoriques utilisées dans l'étape 3 de l'analyse de contenu

<p><b>Thème 1 — Facteurs de risque des TCA</b> (Corcos, 2011 ; Polivy et Herman, 2002 ; Sundgot-Borgen et Martinsen, 2013 ; Thompson et Chad, 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Facteurs biologiques : âge, genre, ethnie, périnatalité, etc.</li> <li>– Facteurs psychologiques : estime de soi, confiance en soi, gestion des émotions, perfectionnisme</li> <li>– Facteurs sociaux : pratique sportive, parents, pairs, société</li> <li>– Trouble multifactoriel</li> </ul>
<p><b>Thème 2 — Manifestation des TCA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comportements observables</li> </ul>
<p><b>Thème 3 — Prévention des TCA</b> (Ciao et <i>al.</i>, 2014 ; Stice et Shaw, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bonnes pratiques : travailler les facteurs protecteurs, proposer des ateliers répétés</li> <li>– Mauvaises pratiques : expliciter les TCA ; donner de l'information sur les complications, les comportements compensatoires inappropriés.</li> </ul>
<p><b>Thème 4 — L'identification des TCA dans le collège</b> (APA, 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mention des critères diagnostiques des TCA</li> <li>– Distinction entre les TCA</li> </ul>
<p><b>Thème 5 — Impact des TCA</b> (Monthuy-Blanc, 2009 ; Shea et Pritchard, 2007 ; Turgeon et <i>al.</i>, 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Influence négative : trouble envahissant, difficulté de concentration</li> <li>– Influence positive : perfectionnisme</li> </ul>

Selon Kelly (1984, cité dans Ouellet et Mayer, 1991), la validité d'une analyse de contenu relève surtout de la pertinence des catégories et des unités choisies. Le chercheur ne devra donc pas négliger cette partie importante, sous peine de perdre un critère de scientificité de sa recherche. Concernant les biais éventuels associés à l'analyse qualitative et dans le but d'obtenir les données les plus objectives possible,

un ami-critique a été sollicité au cours de l'analyse pour aider la chercheuse à confronter ses catégories et l'amener à affiner, dans certains cas, la grille de codage (Paillé et Muchielli, 2012). Finalement, les données classées ont été quantifiées afin de mettre en évidence les éléments les plus présents dans le matériel. Dans la présente recherche, l'étape de quantification des données est réalisée dans la forme d'un rapport, plutôt que d'un recours à des pourcentages (étape 4, quantification). Une analyse qualitative des résultats a été menée et les résultats ont été interprétés. Les étapes 4 à 6 de l'analyse de contenu correspondant respectivement à la quantification, la description et l'interprétation des résultats seront présentées dans les chapitres 4 et 5.

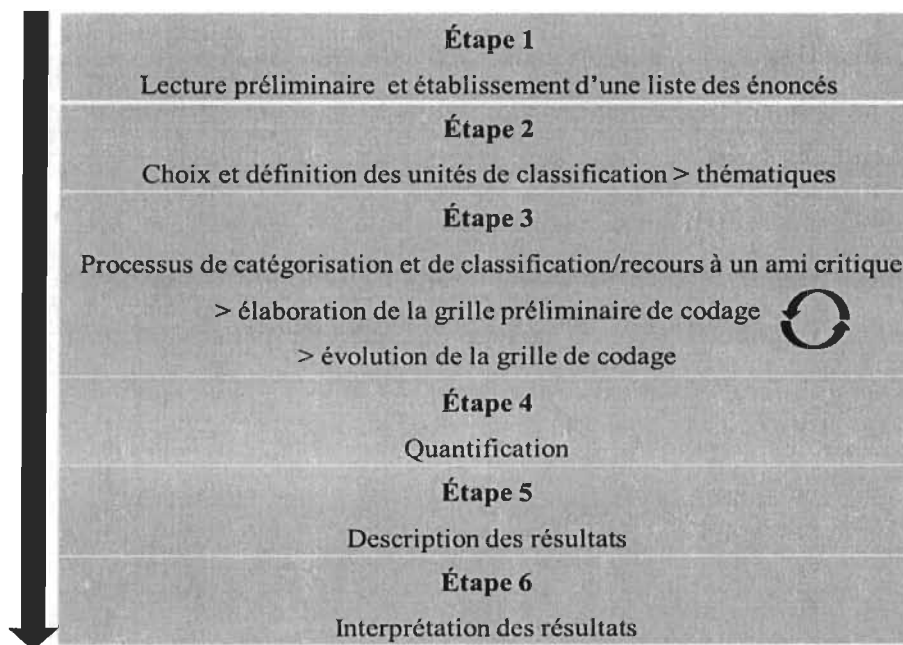


Figure 3.3 Étapes de l'analyse qualitative

Ce chapitre a présenté la méthode mise en place pour vérifier les hypothèses de recherche. Le chapitre suivant expose les résultats.

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS

Rappelons-le, l'objectif général de cette recherche est de documenter les ACAI dans un contexte collégial, au Québec, selon une double réalité : celle des étudiants qui vivent les ACAI et ensuite celle des enseignants qui les perçoivent chez leurs étudiants. Ce chapitre fait état des résultats de l'étude. Il se divise en trois parties. La première partie renvoie au premier objectif de recherche et traite des ACAI présents chez les étudiants (données quantitatives). La deuxième partie présente les connaissances déclarées relatives aux ACAI des enseignants (données qualitatives), correspondant au deuxième objectif de recherche. La troisième partie vise une conclusion intégrative des résultats issus des deux phases de la recherche.

#### 4.1 ACAI chez les étudiants (phase quantitative)

Dans cette partie quantitative sont présentés les résultats selon les deux étapes d'analyses correspondant chacune à un sous-objectif de recherche. Dans un premier temps, les résultats des analyses comparatives sont présentés alors que, dans un deuxième temps, ce sont des analyses prédictives sont exposés.

#### 4.1.1 Résultats en lien avec les analyses comparatives

Cette section présente d'abord les caractéristiques des étudiants sur les plans anthropométrique et sociodémographique. Les résultats des analyses comparatives visant à mettre en évidence les différences au niveau des ACAI et de leurs facteurs d'influence entre les femmes et les hommes sont ensuite exposés. Finalement, les résultats des analyses prédictives voulant identifier les liens entre les facteurs d'influence et les ACAI sont décrits.

##### **Description de l'échantillon : caractéristiques anthropométriques et sociodémographiques des participants (analyses préliminaires)**

À titre de rappel, l'échantillon compte 165 étudiants, 117 femmes et 48 hommes âgés en moyenne de 18,99 ans ( $\text{ÉT} = 1,96$ ). En ce qui a trait aux données anthropométriques, les femmes de l'échantillon sont en moyenne âgées de 18,9 ans ( $\text{ÉT} = 2,2$ ) et leur IMC moyen est de  $25,6 \text{ kg/m}^2$  ( $\text{ÉT} = 6,3$ ). Les hommes sont en moyenne âgés de 19,15 ans ( $\text{ÉT} = 1,15$ ) et leur IMC moyen est de  $19,7 \text{ kg/m}^2$  ( $\text{ÉT} = 7,6$ ). Concernant les catégories de poids, au total, 11 étudiants sont en insuffisance pondérale, 99 sont à poids normal et 20 sont en surpoids. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 4.1.

En ce qui a trait à la pratique sportive, 29 étudiants ne pratiquent aucune activité, comparativement à 136 étudiants qui le font de façon régulière, soit au moins une fois par semaine. Plus précisément, 39 femmes sont engagées dans des sports dits de minceur, 17 dans des sports dits de prise de poids, comparativement à 7 hommes qui pratiquent des sports dits de minceur et 32 hommes qui pratiquent des sports dits de prise de poids. Pour les 41 autres étudiants, il s'agit d'activités « autres » n'appartenant à aucune des deux catégories précédemment citées.

Les résultats indiquent également que les femmes pratiquent cette activité depuis 8,8 ans (ÉT = 7,0) en moyenne, alors que les hommes la pratiquent depuis 11,7 ans (ÉT = 5,20). Ce sont 67 femmes qui exercent cette activité pour le loisir, 13 à un niveau régional, 8 à un niveau provincial et 1 à un niveau national. Chez les hommes, 15 sont engagés dans cette activité pour le loisir, 8 à un niveau régional, 17 à un niveau provincial et 5 à un niveau national.

Finalement, concernant la fréquence et l'intensité de pratique, les femmes s'entraînent en moyenne quatre fois par semaine, à raison de deux heures en moyenne, alors que les hommes s'entraînent sept fois pendant trois heures en moyenne. Ces données sont aussi présentées dans le Tableau 4.1.



Tableau 4.1 Description de l'échantillon

		Total (n=165)	Femme (n = 117)	Homme (n = 48)
<i>Caractéristiques anthropométriques</i>		<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>
Âge [années]		18,99 (1,96)	18,93 (2,20)	19,15 (1,15)
Poids [kg]		64,48 (13,82)	59,81 (11,13)	59,3 (10,80)
Taille [Mètre]		1,66 (0,11)	1,64 (0,09)	1,66 (0,08)
IMC [kg/m <sup>2</sup> ]		22,63 (6,44)	25,6 (6,30)	19,7 (6,60)
<i>Catégorie de poids</i>		<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>
Insuffisance pondérale		11 (6,67)	9 (2,67)	2 (10,67)
Poids normal		99 (60)	83 (5,33)	16 (64)
Surpoids		20 (12,12)	8 (5,33)	12 (5,33)
Obésité		18 (10,91)	10 (2,67)	8 (4)
<i>Programme d'études</i>		Total (n=165)	Femme (n = 117)	Homme (n = 48)
Préuniversitaire	Sciences humaines	<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>
	Sciences nature	37 (22,42)	23 (19,66)	14 (29,27)
	<i>Sport plus</i>	14 (8,48)	3 (2,56)	11 (22,92)
	<i>Sport intercollégial</i>	14 (8,48)	-	14 (29,27)
Technique	Mode	15 (9,10)	13 (11,11)	2 (4,17)
	<i>TES</i>	60 (36,36)	50 (42,74)	10 (20,83)

Note : \* $p < 0,05$  ; \*\* $p < 0,01$  ; \*\*\* $p < 0,001$  ; *M* = moyenne ; *ET* = écart-type ; *Fc* = fréquence ; *n* = échantillon

Suite Tableau 4.1

Pratique sportive		Total (n=165)	Femme (n = 117)	Homme (n = 48)	
		<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	
Type de sport	<i>Pas d'activité</i>	29 (17,58)	24 (20,51)	5 (10,42)	
	<i>Sports dits de minceur</i>	46 (27,88)	39 (33,33)	7 (14,58)	
	<i>Sports dits de prise de poids</i>	49 (29,70)	17 (14,53)	32 (66,67)	
	<i>Autres</i>	41 (24,85)	34 (29,05)	7 (14,58)	
Niveau de pratique	<i>Loisir</i>	82 (49,70)	67 (57,26)	15 (31,25)	
	<i>Régional</i>	21 (12,73)	13 (11,11)	8 (16,67)	
	<i>Provincial</i>	25 (15,15)	8 (6,83)	17 (35,42)	
	<i>National</i>	6 (3,64)	1 (0,85)	5 (10,42)	
		<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>t</i>
Ancienneté de pratique (années)		9,60 (6,7)	8,8 (7,0)	11,7 (5,2)	-0,03**
Fréquence par semaine		5,00 (3,98)	4,20 (3,40)	6,90 (4,70)	4,20***
Temps d'entraînement (heures)		2,51 (1,97)	2,15 (1,88)	3,38 (1,90)	3,78***
Intensité de pratique par semaine (heures)		7,23 (7,62)	5,26 (5,72)	12,04 (9,41)	-5.32***

Note : \* $p < 0,05$  ; \*\* $p < 0,01$  ; \*\*\* $p < 0,001$  ; *M* = moyenne ; *ET* = écart-type ; *Fc* = fréquence ; *n* = échantillon

### **Résultats des analyses principales**

La vérification des deux premières hypothèses de recherche se fait à l'aide d'analyses comparatives, soit un test-t pour les variables continues issues de l'EDI-A-24, et un Chi-carré pour les variables dichotomiques mesurées par le QDTCA.

### **Attitudes et comportements alimentaires inappropriés chez les étudiants**

La première hypothèse (H1) de recherche prévoit que les femmes présentent des ACAI dans une plus grande fréquence et intensité que les hommes. Au niveau de l'échantillon global, les analyses descriptives indiquent la présence d'ACAI de type restrictif, soit le recours à des régimes stricts et à la pratique sportive chez les femmes et les hommes, ainsi que des ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif comme les crises de suralimentation.. Les fréquences sont présentées dans le Tableau 4.2 Les résultats du test de  $\chi^2$  indiquent une différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes au niveau du recours à la pratique sportive à des fins de comportements alimentaires compensatoires inappropriés ( $\chi^2 = 6,90$ ;  $p < 0,01$ ). Aucune autre différence statistiquement significative n'est observée pour les autres ACAI, tant de type restrictif que de type accès hyperphagiques/purgatif.

Au-delà de l'absence d'effet significatif statistiquement parlant, notons tout de même la présence de crise de suralimentation rapportée chez 21,8 % des femmes et 8,4 % des hommes. Les résultats montrent également que bien que les résultats du test-t ne soient pas significatifs, les femmes et les hommes étudiants rapportent des scores moyens à l'échelle de boulimie plus élevés que le score coupure (de 2). Les femmes rapportent des scores moyens de 4,36 (ÉT = 3,38), alors que les hommes rapportent des scores de 4,25 (ÉT = 3,44). Les résultats sont présentés dans le Tableau 4.2.

Tableau 4.2 Attitudes et comportements alimentaires inappropriés

	<i>ACAI</i>	<i>Unité</i>	$\alpha$	Femme ( <i>n</i> = 117) <i>Fc</i> (%)	Homme ( <i>n</i> = 48) <i>Fc</i> (%)	Total ( <i>n</i> = 165) <i>Fc</i> (%)	$\chi^2(1)$	<i>t</i>
CCI de type restrictif	Diurétiques	<i>Fc</i> (%)	, 55	1 (0,60)		1 (0,60)	0,41	
	Coupe-faim	<i>Fc</i> (%)	, 92	2 (1,21)	1 (0,60)	3 (1,80)	0,03	
	Jeûne	<i>Fc</i> (%)	1	3 (1,80)		3 (1,80)	1,25	
	Mâcher-Recracher	<i>Fc</i> (%)	, 89	1 (0,60)		1 (0,60)	0,41	
	Régime strict	<i>Fc</i> (%)	, 59	12 (7,30)	4 (2,40)	16 (9,70)	0,14	
	Pratique sportive comme CCI	<i>Fc</i> (%)	, 53	20 (12,10)	1 (0,60)	21 (12,70)	6,90**	
Insatisfaction corporelle ( $\leq 9$ )	<i>M</i> (ÉT)	, 78	7,40 (4,17)	7,46 (3,87)	7,42 (4,08)		-0,08	
Désir de minceur ( $\leq 8$ )	<i>M</i> (ÉT)	, 89	6,15 (4,09)	5,23 (3,19)	5,88 (3,86)		1,55	

Note :  $\alpha$  = alpha de Cronbach ; *M* = moyenne ; ÉT = écart-type ; \**p* < 0,05 ; \*\**p* < 0,01 ; \*\*\**p* < 0,001 ; *d* = *D* de Cohen ; Phi = taille d'effet ; *Fc* = fréquence ; *n* = échantillon ;  $\chi^2(1)$  = Chi-carré ; CCI = comportement compensatoire inapproprié ; *t* = test de Student

Suite Tableau 4.2

	<i>ACAI</i>	<i>Unité</i>	$\alpha$	Femme ( <i>n</i> = 117) <i>Fc (%)</i>	Homme ( <i>n</i> = 48) <i>Fc (%)</i>	Total ( <i>n</i> = 165) <i>Fc (%)</i>	$\chi^2(1)$	<i>t</i>
CCI de type accès hyperphagiques/p urgatif	Crise de suralimentation	<i>Fc (%)</i>	, 82	36 (21,80)	14 (8,40)	50 (30,30)	0,04	
	Vomissements provoqués	<i>Fc (%)</i>	, 49	2 (1,21)	-	2 (1,21)	0,83	
	Lavements	<i>Fc (%)</i>	, 59	2 (1,21)		2 (1,21)	0,83	
	Laxatifs	<i>Fc (%)</i>	, 76	2 (1,21)	1 (0,60)	3 (1,80)	0,02	
	Boulimie ( $\leq 2$ )	<i>M (ÉT)</i>	, 81	4,36 (3,38)	4,25 (3,44)	4,33 (3,38)		.186

Note :  $\alpha$  = alpha de Cronbach ; *M* = moyenne ; *ÉT* = écart-type ; \**p* < 0,05 ; \*\**p* < 0,01 ; \*\*\**p* < 0,001 ; *d* = *D* de Cohen ; *Phi* = taille d'effet ; *Fc* = fréquence ; *n* = échantillon ;  $\chi^2(1)$  = Chi-carré ; CCI = comportement compensatoire inapproprié ; *t* = test de Student

### Caractéristiques psychosociales pouvant mener aux ACAI

La deuxième hypothèse (H2) postule des différences relatives aux caractéristiques psychosociales pouvant prédire les ACAI entre les femmes et les hommes, soit les échelles relatives aux facteurs d'influence psychologiques, la pression de minceur et de performance ainsi que l'intensité de pratique sportive. Trois sous-hypothèses sont identifiées (SH1, SH2 et SH3).

#### Facteurs psychologiques

En réponse à la première sous-hypothèse (SH1), qui suppose que les femmes obtiennent des scores moyens significativement plus élevés que les hommes aux sous-échelles mesurant les facteurs d'influence psychologiques, les résultats du test-t, présentés dans le Tableau 4.3, n'indiquent aucune différence significative entre les femmes et les hommes, et ce, pour tous les facteurs d'influence psychologiques mesurés par l'EDI-A-24.

Tableau 4.3 Facteurs d'influence psychologique des ACAI

		Femme (n = 117)	Homme (n = 48)	Total (n = 165)	
<i>Facteurs d'influence psychologiques</i>	<i>α</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>M (ÉT)</i>	<i>t</i>
Peur de la maturité (≤7)	, 63	2,37 (2,70)	2,65 (2,84)	2,45 (2,74)	-0,58
Sentiment d'inefficacité (≤6)	, 77	4,32 (3,10)	4,29 (3,46)	4,31 (3,20)	0,04
Perfectionnisme (≤8)	, 59	5,59 (2,97)	6,38 (2,94)	5,82 (2,97)	-1,56
Méfiance interpersonnelle (≤5)	, 71	5,00 (3,04)	4,98 (3,00)	4,99 (3,02)	0,04
Conscience intéroceptive (≤9)	, 60	3,92 (3,08)	4,19 (3,19)	4,00 (3,10)	-0,49

Note :  $\alpha$  = alpha de Cronbach ; M = Moyenne ; ÉT = écart-type ; n = échantillon ; t = test de Student ; \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$  ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

**Facteurs d'influence sociaux : pression de performance académique, sportive et de minceur**

En réponse à la deuxième sous-hypothèse (SH2), qui postule que les femmes ressentent plus de pression que les hommes, les résultats du Tableau 4.4 montrent qu'en ce qui concerne d'abord la pression de performance académique, près d'un étudiant sur deux (42,40 %) ressent une pression pour être performant. Si les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative de genre, il est intéressant de souligner que cette pression est en majorité ressentie par les femmes (32,10 % contre 10,30 % chez les hommes). Les femmes ressentent cette pression comme venant d'elles-mêmes (27,90 %), de leurs parents (14,60 %), de leurs amis (7,90 %), de leurs enseignants (3,60 %), de leur petit ami (1,21 %), de leurs entraîneurs et de leur aide pédagogique individualisée (0,60 %). Les hommes ressentent cette pression comme venant d'eux-mêmes (8,50 %), de leurs parents (5,50 %) et des entraîneurs (1,80 %).

Par ailleurs, 13 étudiants (7,90 %) ressentent une pression de performance sportive. Les hommes perçoivent significativement plus de pression de performance que les femmes (6,67 % contre 1,21 % ;  $\chi^2 = 21,09$ ;  $p < 0,001$ ). Plus précisément, à la différence des femmes, qui perçoivent cette pression comme venant de leurs parents (1,21 %) et de leurs coéquipiers, de leurs entraîneurs et d'elles-mêmes (0,60 %), les hommes perçoivent cette pression comme venant d'eux-mêmes (6,06 %), des entraîneurs (4,24 %), de leurs parents et de leurs coéquipiers (3,05 %) et de leurs amis (1,82 %).

Finalement, 65 étudiants (39,40 %) ressentent une pression pour mincir ou être minces<sup>13</sup>. Plus précisément, le test du  $\chi^2$  indique que les femmes ressentent significativement plus de pression de minceur que les hommes (32,73 % contre 6,67 %) avec ( $\chi^2 = 6,9$ ,  $p < 0,01$ ). Il est intéressant de noter que concernant la pression minceur, les femmes ressentent d'abord cette pression comme venant d'elles-mêmes (28,48 %), puis comme venant des médias (7,27 %), de leurs amis (6,66 %), de leurs parents et de leur petit ami (4,85 %), de leurs entraîneurs (1,21 %), de leurs enseignants (0,60 %) et des cours d'éducation physique (0,60 %). Les hommes quant à eux ressentent cette pression comme venant d'eux-mêmes (6,66 %), de leurs parents (1,21 %), des médias, de leur petite amie, de leurs entraîneurs et de leurs coéquipiers (1,30 %).

### **Facteurs d'influence sociaux : pratique sportive**

En ce qui a trait à la troisième sous-hypothèse (SH3), qui postule une différence significative relative à l'intensité de pratique sportive entre les femmes et les hommes étudiants, les résultats indiquent que les femmes s'entraînent à une intensité moyenne de 5 heures par semaine ( $\acute{E}T = 5,72$ ), alors que les hommes s'entraînent à une intensité moyenne de 12 heures par semaine ( $\acute{E}T = 9,41$ ). Les résultats du test de Student indiquent que cette différence est significative ( $t = -5,32$  ;  $p < 0,001$ ).

---

<sup>13</sup> Afin d'alléger le texte, l'expression désir de minceur est utilisée



Tableau 4.4 Facteurs d'influence sociale : pression perçue de minceur et de performance, sources de pression et intensité de pratique sportive

		Femme (n = 118)	Homme (n = 48)	Total (n = 165)		
<i>Pression perçue</i>		<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	<i>Fc (%)</i>	$\chi^2(1)$	<i>p</i>
<i>Pression de minceur</i>		54 (32,73)	11 (6,67)	65 (39,40)	6,90	**
Source	Parents	8 (4,85)	2 (1,21)	10 (6,06)		
	Amis	11 (6,66)		11 (6,66)		
	Petit ami	8 (4,85)	1 (0,60)	9 (5,45)		
	Soi-même	47 (28,48)	11 (6,66)	58 (35,15)		
	Médias	12 (7,27)	1 (0,60)	13 (7,88)		
	Entraîneur	2 (1,21)	1 (0,60)	3 (1,82)		
	Coéquipiers		1 (0,60)	1 (0,60)		
	Enseignant	1 (0,60)		1 (0,60)		
	Éducation physique	1 (0,60)		1 (0,60)		
					$\chi^2(1)$	<i>p</i>
<i>Pression de performance académique</i>		53 (32,12)	17 (10,30)	70 (42,42)	1,40	
Source	Parents	24 (14,55)	9 (5,45)	33 (20)		
	Amis	13 (7,88)		13 (7,88)		
	Petit ami	2 (1,21)		2 (1,21)		
	Soi-même	46 (27,88)	14 (8,48)	60 (36,36)		
	Enseignants	6 (3,64)		6 (3,64)		
	Entraîneur	1 (0,60)	3 (1,82)	4 (2,42)		
					$\chi^2(1)$	<i>p</i>
<i>Pression de performance sportive</i>		2 (1,21)	11 (6,67)	13 (7,88)	21,09	***
Source	Parents	2 (1,21)	5 (3,03)	7 (4,24)		
	Amis		3 (1,82)	3 (1,82)		
	Coéquipiers	1 (0,60)	5 (3,03)	6 (3,64)		
	Soi-même	1 (0,60)	10 (6,06)	11 (6,67)		
	Entraîneur	1 (0,60)	7 (4,24)	8 (4,85)		

Note : *t* = test de Student ; \**p* < 0,05 ; \*\**p* < 0,01 ; \*\*\**p* < 0,001 ; *d* = *D* de Cohen ; *Fc* = fréquence ; *n* = échantillon.

#### 4.1.2 Résultats en lien avec les analyses prédictives

Le deuxième sous-objectif est d'identifier les facteurs d'influence qui prédisent les ACAI chez les femmes et les hommes étudiants du collégial. Trois hypothèses sont formulées (H3, H4 et H5). L'ensemble des résultats sont présentés dans le Tableau 4.5.

Avant de présenter les résultats en lien avec les analyses prédictives, il convient de préciser que la variable *sexe* a été contrôlée pour l'ensemble des analyses menées. Les résultats n'indiquant pas d'influence de celle-ci dans les modèles de régressions linéaires, ces analyses ont été menées sur l'échantillon total.

La troisième hypothèse (H3) stipule que les facteurs d'influence psychologiques prédisent les ACAI. À ce sujet, les modèles de régressions linéaires simples indiquent que le sentiment d'inefficacité prédit significativement le désir de minceur ( $\beta = 0,52$  ;  $t = 7,85$  ;  $p < 0,001$ ) et l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,41$  ;  $t = 5,78$  ;  $p < 0,001$ ). La conscience intéroceptive prédit significativement le désir de minceur ( $\beta = 0,63$  ;  $t = 10,34$  ;  $p < 0,001$ ), l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,42$  ;  $t = 5,89$  ;  $p < 0,001$ ) et la boulimie ( $\beta = 0,34$  ;  $t = 4,65$  ;  $p < 0,001$ ). La peur de la maturité prédit significativement le désir de minceur ( $\beta = 0,22$  ;  $t = 2,87$  ;  $p < 0,01$ ) et la boulimie ( $\beta = 0,18$  ;  $t = 2,32$  ;  $p < 0,05$ ). La méfiance interpersonnelle prédit de façon statistiquement significative le désir de minceur ( $\beta = 0,19$  ;  $t = 2,45$  ;  $p < 0,05$ ), l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,23$  ;  $t = 3,01$  ;  $p < 0,05$ ) et les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif ( $\beta = 0,22$  ;  $t = 2,88$  ;  $p < 0,01$ ). Les modèles de régressions linéaires simples indiquent par ailleurs que le perfectionnisme prédit de façon statistiquement significative la boulimie ( $\beta = 0,18$  ;  $t = 2,32$  ;  $p < 0,05$ ), le désir de minceur ( $\beta = 0,19$  ;  $t = 2,49$  ;  $p < 0,05$ ) et l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,15$  ;  $t = 1,99$  ;  $p < 0,05$ ). Les résultats des régressions linéaires simples entre les facteurs d'influence psychologiques et les CCI de type restrictif ne sont pas statistiquement significatifs.

La quatrième hypothèse (H4) suggère que les facteurs d'influence sociaux tels que la pression de minceur ainsi que la pression performance prédisent les ACAI.

À cet égard, les modèles de régressions linéaires montrent que la pression de minceur (pour mincir et être mince) prédit de façon statistiquement significative le désir de minceur ( $\beta = 0,30$  ;  $t = 3,87$  ;  $p < 0,001$ ), l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,20$  ;  $t = 2,55$  ;  $p < 0,05$ ) et les CCI de type accès hyperphagiques/purgatif ( $\beta = 0,20$  ;  $t = 2,50$  ;  $p < 0,05$ ). La pression performance sportive prédit, quant à elle, l'insatisfaction corporelle ( $\beta = 0,19$  ;  $t = 2,35$  ;  $p < 0,05$ ). Les modèles de régressions linéaires n'indiquent aucun résultat statistiquement significatif entre la pression de minceur, de performance et les CCI de type restrictif ou la boulimie.

La cinquième hypothèse (H5) propose que les facteurs sociaux comme l'intensité de pratique sportive prédisent les ACAI. À ce sujet, les résultats des modèles de régressions linéaires indiquent que l'intensité de pratique sportive prédit de façon statistiquement significative les CCI de type restrictif ( $\beta = 0,02$  ;  $t = 0,25$  ;  $p < 0,05$ ). Cependant, les modèles de régressions linéaires entre l'intensité de pratique sportive et le désir de minceur, l'insatisfaction corporelle, la boulimie et les CCI de type accès hyperphagiques/purgatifs ne sont pas statistiquement significatifs.

Les résultats de la première phase de la recherche (quantitative) venant d'être présentés, la partie qui suit décrit les résultats en lien avec la deuxième phase de la recherche (qualitative).

Tableau 4.5 Résultats des régressions linéaires

Prédicteurs		BU		DT		BD		CCI RES.		CCI H/P	
		Bêta	<i>t</i>	Bêta	<i>t</i>	Bêta	<i>t</i>	Bêta	<i>t</i>	Bêta	<i>t</i>
Facteurs d'influence psychologiques	PM	0,13	1,16	-0,10	0,149	0,12	-0,09	-0,19	-2,16	0,00	0,03
	PF	0,17	2,27*	-0,01	-0,21	0,10	0,02	-0,03	-0,37	0,13	1,15
	IN	0,15	-1,68**	0,28	3,81***	0,11	0,26**	0,14	1,46	0,18	2,34*
	MF	0,04	-0,52	0,19	2,45*	0,23	3,01**	0,12	1,38	0,02	0,22
	CI	0,34	4,65***	0,63	10,34***	0,42	5,89***	-0,03	-0,34	0,08	0,81
Facteurs d'influence sociaux	Pression de minceur	0,07	0,86	.30	3,87***	0,197	2,55*	0,01	0,18	0,20	2,50*
	Pression de performance académique	0,02	0,20	.023	0,29	0,15	1,92*	0,11	1,37	-0,01	-0,08
	Pression de performance sportive	0,01	0,07	.09	1,06	0,19	2,345*	0,57	0,67	0,09	1,10
	Intensité de pratique sportive	-0,03	-0,37	-0,05	-.59	-0,05	0,56	0,02	0,25*	0,04	0,43

Note : \* =  $p < 0,05$  ; \*\* =  $p < 0,01$  ; \*\*\* =  $p < 0,001$  ; BU = boulimie ; DT = désir de minceur ; BD = insatisfaction corporelle ; CCI RES. = CCI de type restrictif ; CCI H/P = CCI de type accès hyperphagiques/purgatif ; PM = peur de la maturité ; PF = perfectionnisme ; IN = sentiment d'inefficacité ; MF = méfiance interpersonnelle ; CI = conscience intéroceptive

## 4.2 ACAI selon les enseignants (phase qualitative)

Avant de présenter les résultats en lien avec les groupes de discussion, le portrait des enseignants est dressé selon leur formation initiale et le programme dans lequel ils enseignent, mais aussi selon leurs connaissances déclarées des TCA, préalables à la mise à niveau et au groupe de discussion.

### 4.2.1 Portrait des participants et de leurs connaissances déclarées

L'échantillon se compose de 30 enseignants, qui exercent leur profession dans le milieu de collecte de données depuis 17,28 ans en moyenne. Concernant leur formation initiale, 27 enseignants possèdent une formation disciplinaire et 3 enseignants une formation en pédagogie. Les participants se situent dans des catégories d'âge allant de 31 à 60 ans. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 4.6.

Tableau 4.6 Description des participants

	Ancienneté (années)	Programme Technique	Programme Pré- universitaire	Formation disciplinaire	Formation en pédagogie
Hommes (n = 9)	18,44	1	8	9	-
Femmes (n = 21)	16,79	12	10	18	3
Total (n = 30)	17,28	13	17	27	3

### *Portrait des connaissances déclarées en lien avec les TCA*

Les enseignants ont été interrogés sur leur connaissance des TCA. Par la suite, ils se sont positionnés en donnant leur définition générale, puis en nommant et définissant dans leurs mots les TCA qu'ils connaissaient. Il convient de rappeler qu'au regard de la méconnaissance des ACAI, dans le milieu éducatif, le terme TCA a été utilisé dans le questionnaire.

Plusieurs constats peuvent être dégagés. Tout d'abord, les enseignants déclarent majoritairement connaître les TCA et fournissent des définitions assez proches de celles retrouvées dans les écrits scientifiques, bien que généralement partielles. La totalité des enseignants déclare, par contre, ne pas connaître les ACAI. Ensuite, l'anorexie mentale et la boulimie représentent les TCA les plus nommés, voire les plus connus des enseignants. D'autres TCA sont également mentionnés, par exemple, la boulimirexie, l'orthorexie, la prise de suppléments de toute sorte ou la maigreur. Les enseignants mentionnent plusieurs facteurs pouvant être à l'origine des TCA tels que les facteurs sociaux comme la pression sociale, et les facteurs psychologiques tels que l'estime de soi ou encore l'obsession. Finalement, pour ces enseignants, de nombreuses complications peuvent être associées aux TCA. Ces complications, qui selon eux peuvent mener à des hospitalisations, voire à la mort, auraient une grande influence sur le développement de l'étudiant au plan académique.

#### 4.2.2 Groupes de discussion

Les résultats des groupes de discussion sont présentés selon six sections correspondant aux six thèmes issus de l'analyse qualitative. Il est d'abord question d'une mise en contexte portant sur une réflexion générale des enseignants au regard des TCA et de l'intérêt des enseignants face à cette problématique et de leur présence dans le collège. Plus tard, les

indicateurs relevés par les enseignants sont exposés, de même que l'influence des TCA sur leurs étudiants, toujours selon les enseignants. Par la suite, les éléments en lien avec l'étiologie des TCA, selon les enseignants, sont décrits, ainsi que leur opinion sur la prévention des TCA en contexte académique. Des éléments relatifs à des réflexions personnelles développées à travers la recherche sont ensuite présentés. Pour terminer, une conclusion est formulée.

#### 4.2.2.1 Mise en contexte

Cette mise en contexte fait état des propos tenus par les enseignants sur les TCA de façon générale. Elle présente l'intérêt, voire les préoccupations qu'ils témoignent face aux TCA, ou encore les réflexions entretenues sur la présence ou l'absence des TCA dans le collège.

- Un intérêt pour les TCA

Pour commencer le groupe de discussion, les enseignants ont en premier lieu été interrogés sur les difficultés que pouvaient vivre les étudiants et, plus précisément, leurs impressions générales en lien avec les TCA. Tout d'abord, il est possible de constater que la majorité des enseignants se sentent concernés par la problématique et démontrent un intérêt lié à une expérience personnelle. En effet, certains enseignants relatent avoir été touchés de près ou de loin par les TCA : « *Mais j'ai aussi fait du sport très longtemps, j'en fais encore et je vois des gens, j'en ai vu aussi, je sais que c'est présent dans le sport.* » V2-S2 ; « *À travers la famille on a vécu un peu tout ça, c'est sûr que lui a minimisé beaucoup les choses, mais on a vu chez lui l'impact de ça.* » V2-S3

Plusieurs enseignants mentionnent aussi avoir été interpellés par des étudiants, ce qui les amène à se questionner sur les TCA : « *Il y a une étudiante qui est venue me voir, puis elle était vraiment en détresse, elle pleurait pis là c'était un problème de boulimie.* » V3-S1

*Il m'arrive régulièrement d'avoir des étudiants qui ont des préoccupations, particulièrement après un cours où je vais parler des troubles comme l'obésité, l'anorexie, la boulimie [...] qui viennent me voir pour me dire qu'elles ont eu ou qu'elles ont dans leur environnement des personnes à risque, qui se demandent quoi faire pour aider ou ont besoin de références pour elles même. V2-S1*

D'autres se sentent concernés, car ils ont déjà travaillé avec des personnes présentant des TCA : « *Beaucoup d'intérêt pas seulement pour l'enseignement, mais aussi parce que je fais de la clinique depuis plusieurs années.* » V2-S1 ; « *De par la profession que j'ai, c'est sûr que j'ai un intérêt.* » V2-S2

Quelques enseignants manifestent un intérêt en se questionnant sur l'impact des TCA sur la sphère académique :

*Mais qu'est-ce que ça peut avoir comme impact au niveau de ce qui se passe en classe, au niveau académique ou niveau de la concentration, moi c'est plus ça qui m'intéresse dans la recherche de voir dans mon groupe ça va avoir quoi comme impact. V2-S6*

Pour d'autres, ce sont plutôt les caractéristiques des étudiants de ce collège qui les amènent à développer un intérêt : « *Cependant, le fait qu'on ait de plus en plus d'étudiants sportifs dans nos classes, nécessairement, je pense que c'est là. Donc oui ça m'intéresse et je trouve ça très pertinent d'en parler.* » V2-S4

Finalement, si les enseignants reconnaissent qu'il s'agit d'un problème de santé préoccupant, les TCA ne constituent pas une priorité, ou ils ne se sont jamais vraiment questionnés sur le sujet dans le cadre de leur profession ou de manière plus personnelle : « *Je pense que c'est important, mais pour moi, ce n'est pas la priorité.* » V4-S4



- Les TCA dans le collège : mythe ou réalité ?

Ces réflexions ont amené les enseignants à se positionner par rapport à la présence de TCA dans leur collège. Les opinions à ce sujet sont partagées. Six enseignants considèrent qu'il s'agit d'une réalité pouvant être qualifiée de lointaine ; c'est-à-dire que pour eux, les étudiants ne sont pas concernés et aucun cas n'est présentement observé dans le collège : « *On le saurait s'il y avait des cas cliniques, je pense* » V1-S5 ; « *En trente années, je n'en ai jamais rencontré* » V1-S2 ; « *À mon avis, du clinique il n'y en n'a pas* » V1-S5 ; « *Non, ils n'ont pas le trouble* » V4-S3 ; « *Je ne pense pas avoir été confronté à ce problème* » V2-S1 ; « *Nous dans notre programme, on n'en a pas.* » V3-S2

D'autres enseignants estiment que les TCA constituent une réalité vécue par les étudiants, mais il n'est pas si facile de les départir des ACAI, voire de quantifier cette réalité : « *Je suis pas capable d'en identifier* » V4-S4 ; « *Je n'ai pas de chiffre, je n'ai pas de réponse* » V3-S6 ; « *Je suis pas capable d'en identifier non plus* » V4-S3 ; « *Je suis pas capable de dire un chiffre en tant que tel* » V2-S2. À l'inverse, certains vont même jusqu'à identifier des TCA précis et ciblent des étudiants : « *Il se peut que ça soit présent au collège.* » V1-S4 ; « *Moi j'en ai un, c'est vraiment de l'anorexie* » V4-S5 ; « *Je présume que j'en ai vu une cette année.* » V1-S6 ; « *J'ai eu une seule fois une étudiante qui était anorexique avérée.* » V2-S3

Finalement, plusieurs enseignants avancent des hypothèses et se positionnent sur des chiffres ou font référence à des étudiants, qui selon eux, au regard de leurs caractéristiques, seraient concernés. Sans pouvoir qualifier la nature des difficultés vécues, les enseignants, dans leur estimation, font une distinction entre les troubles sévères et les comportements problématiques. D'autres éprouvent plus de difficultés à dissocier les TCA des ACAI et proposent alors des chiffres plus globaux. À ce propos, l'analyse qualitative de contenu fait ressortir le manque de consensus au sein du corps enseignant interrogé sur la proportion

d'étudiants qui présenteraient des TCA. Selon eux, les proportions varient en effet de 1 à 60 % : « *Je pense aussi que ça doit tourner autour de 20 %, mais pas pour le clinique.* » V1-S5 ; « *Je pense aussi que 40 % seraient concernés.* » V1-S1 ; « *Dans les intermédiaires, moi aussi je pense qu'il y en aurait beaucoup plus, jusqu'à 60 %.* » V1-S3 ; « *Moi je dirais plus bas que 15 % par exemple. Entre 5 et 10 % peut-être de troubles. Des comportements à risque plus élevés.* » V4-S4 ; « *À vue de nez, comme on a beaucoup de filles au collège, moi dans ma tête une coupe il y en a. Moi je calcule, si c'est 5 % de la population, il y a peut-être 30-40 filles au collège qui statistiquement sont là. C'est une classe au complet.* » V2-S6

Lors des réflexions sur la présence des TCA dans le collège, la question des représentations, des stéréotypes est également nommée par les enseignants qui reconnaissent posséder des images préconçues, des représentations qui peuvent teinter leur appréciation et évaluation de cette problématique chez les étudiants. Ces croyances sont parfois en lien avec les différents départements et les problématiques qui peuvent exister : « *Je pense à des filles qu'on trouve minces pas mal, [...] il disait : "Je pense qu'elle, elle compte ses grains de riz, le midi", c'est une expression consacrée un peu* » V3-S8 ; « *Moi mes lunettes avant, pis avec mes préjugés, je les voyais plus chez les filles.* » V3-S8 ; « *Mais j'ai en tête des stéréotypes, peut-être, j'aurais pensé qu'en mode [...], les garçons de l'équipe de hockey pourraient présenter davantage de problématiques alimentaires [...], il y a encore des stéréotypes qui ont la vie dure, qui persistent.* » V3-S6

Cette mise en contexte nous permet, par la suite, de décrire de façon plus détaillée la réalité des TCA perçue par les enseignants ayant participé aux groupes de discussion. Les TCA, dans le collège, sont alors décrits par les enseignants selon leurs manifestations, leur influence sur l'étudiant sur la sphère académique, leur étiologie et selon leur prévention.

#### 4.2.2.2 Manifestations des TCA selon les enseignants

Les enseignants ont été interrogés sur les indicateurs leur permettant d'identifier les TCA chez leurs étudiants. Ils font référence à trois grandes catégories d'indices : il est question d'une réalité observable, d'une réalité invisible et d'une nouvelle réalité. La première catégorie est tirée de la documentation scientifique consultée, alors que la deuxième et la troisième émergent de notre analyse flottante (voir le Tableau 4.7).

Tableau 4.7 Manifestations des TCA selon les enseignants

<b>Catégorie 1 — Réalité observable</b> (Mustapic et <i>al.</i> , 2015)
Habitudes et comportements alimentaires Apparence physique Changements corporels Attitude de contrôle et apparence de perfection Entraînement Discours et préoccupation
<b>Catégorie 2 — Réalité invisible</b>
Détresse vécue Image de l'iceberg Comportements cachés
<b>Catégorie 3 — Nouvelle réalité</b>
Nouveauté des comportements observés

- Réalité observable

Les enseignants évoquent les indices qu'ils relèvent en lien avec les habitudes et les comportements alimentaires, les changements physiques ou encore le discours des étudiants. Un enseignant exprime même le fait qu'il s'agit "*d'une réalité qu'on observe fréquemment*" V2-S3. Tous les enseignants nomment les habitudes alimentaires comme

un indice observable des TCA. Ils témoignent alors des restrictions observées chez les étudiants dans le cadre de leurs collations au sein du collège ou dans les sorties scolaires, d'une ritualisation liée aux repas pris dans le collège, ainsi que le phénomène de suralimentation, voire de "malbouffe" : *"Je vois les sportifs qui ont leur shake, qui mangent la barre tendre à 10 heures et je me dis ce n'est pas possible que ça fasse partie du quotidien, mais il semble que oui, ça soit vraiment ça à tous les jours."* V1-S1 ; *"On voit ce qu'ils mangent en cours : des collations, les bagels avec du bacon... on voit ceux qui font attention et ceux qui mangent de tout et n'importe quoi, on voit les quantités."* V1-S3

*Maintenant, ils prennent presque tous leur lunch et on voit que ça n'a pas été préparé 5 minutes avant de partir, qu'il y a de la réflexion derrière, c'est toujours le même lunch, des petites portions, toujours les mêmes fruits, les mêmes légumes. On fait une sortie en fin d'année et on va au restaurant, et on voit ce qu'ils choisissent à manger, ils prennent toujours des plats santé.* V1-S1

Ensuite, les enseignants se positionnent en grand nombre sur les indicateurs physiques leur permettant de suspecter des TCA. Il est d'une part question de la morphologie de leurs étudiants : *"Elle est rendue à un niveau vraiment, ça n'a pas de bon sens. C'est des os... 32 kg"* V3-S2. D'autre part, ils parlent des changements corporels, surtout les changements qu'ils décrivent comme rapides et radicaux, tant d'un point de vue de la perte de poids ou de prise de poids, que de la prise de masse musculaire : *"Parce que regardons, toutes les filles qui ont pris du poids, comme S2 disait, ça mange, ça mange !"* V4-S1

*"Je voyais arriver un jeune, surtout les garçons, arriver en première session gros comme mon petit doigt, et arrivé au début même de la deuxième session, là le gars je sais qu'il a grandi je trouve ça normal, mais il s'est élargi 3 pis 4 fois !"* V2-S7

Ces changements rapides les amènent à se questionner sur les raisons justifiant ces changements ainsi que les méthodes utilisées pour y parvenir :

*En tout cas, moi, ça a été un choc là de voir comment il s'était transformé. [...] ses exercices, il en faisait de manière très, très, je pense, intensivement. Qu'est-ce qu'il l'a motivé à bouger, ça aussi drastiquement, parce que ça ne s'est pas fait sur un an, c'est comme dans l'été. Il nous revient à l'automne et il est comme vraiment... culturiste un peu, je ne me trompe pas en disant ça. V3-S5*

*Même les kayakistes, on les voit des fois on ne les reconnaît pas d'une année sur l'autre ou au retour de l'été tellement ils ont pris du muscle, pour ceux qui jouent au baseball surtout (baseball) et au kayak ils sont taillés en triangle, ce ne sont pas les mêmes étudiants qu'on a eus... c'est clair qu'il s'est passé quelque chose durant l'été. V1-S7*

Au-delà du visible, la réalité observable des TCA se retrouve aussi pour certains enseignants, dans le discours des étudiants, les conversations qu'ils entendent portant sur les préoccupations corporelles, l'alimentation. *“Leur discours est beaucoup sur leurs entraînements, ils vont aussi beaucoup se taquiner par rapport à leur force musculaire.”* V2-S9

*Et on les entend souvent parler aussi de leur fin de semaine. Ils l'attendent la poutine de 3 heures du mat après la huitième bière, ils le planifient à l'avance et la semaine reprend, on retombe dans le contrôle jusqu'à la fin de semaine suivante où ils vont pouvoir se lâcher. On a cette idée de crise. Tu parlais tout à l'heure de la crise une fois semaine, dans les critères de la boulimie, c'est sûr qu'on l'a, et elle est planifiée. V1-S1*

*Ils parlent souvent juste de ça. L'apparence, les shake, l'entraînement, quand ils font du sport, maintenant ils ne se demandent plus combien de temps ils ont couru, mais combien de calories ils ont perdues, c'est l'obsession. Ils ne font plus du sport pour le sport, mais pour la performance et pas seulement la performance du sport de compétition ; je dois être plus fort que mes collègues. V1-S7*

Finalement, les enseignants mentionnent également que, pour eux, les manifestations des TCA passent par ce que les étudiants cherchent à renvoyer aux autres comme image. Ils parlent d'une image de perfection, de contrôle, pour répondre aux attentes du groupe de pairs ou de la société : *“On voit qu'il faut toujours être dans le contrôle, on fait attention à*

*ce que l'on mange quand il y a du monde, on doit montrer qu'on fait des choix santé" V1-S6*

*Je sais pas si ça a vraiment un impact, mais ce qu'on voit sur les médias sociaux où ils se font... on voit jamais les photos quand ils se lèvent le matin pis on voit jamais les problèmes, oh ça a mal été aujourd'hui, comme tout est beau dans la vie, rose, des calinours. » V3-S4*

- Réalité invisible

Les propos des enseignants peuvent aussi être regroupés dans une deuxième catégorie, qui fait référence à ce que les enseignants ne peuvent pas voir ou même constater. Quand ils évoquent cette réalité, les enseignants expriment que les étudiants ne laissent pas tout paraître et qu'il y a des signes qui sont probablement cachés : « *Pour moi, il y a ce qu'on voit pis ce qu'on voit pas.* » V3-S8 ; « *C'est des comportements, mais on les voit pas nécessairement manger non plus. Il y a un aspect caché comme disait S8. Oui il y a un aspect caché !* » V3-S7 ; « *C'est caché, si elle va vomir dans toilette, tsé on peut pas le voir* » V3-S1 ; V4-S5 ; « *J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de cas qui passent sous le radar, donc c'est difficile.* » V2-S4

Les enseignants font référence à la probabilité que certains signes ne puissent pas être perçus : « *Parce que les filles, souvent elles contrôlent ça depuis plusieurs années du secondaire, donc ça on le remarque moins chez les filles.* » V2-S9 ; « *Ils ne nous le disent pas nécessairement. Je dis pas que ça les animent pas, mais c'est [qu'] ils en parlent pas.* »

Une enseignante fait plus particulièrement ressortir que le caractère invisible des TCA est indissociable de certains troubles : « *Boulimie, t'es tout à fait normal, point de vue du corps, là ni mince ni enrobée, c'est une fille qui fonctionne très bien pis qui travaille, tsé qui est*

*enjouée. J'aurais pas pu penser que cette fille-là souffrait d'un problème alimentaire. »*

V3-S1. Certains vont jusqu'à faire une analogie avec un iceberg :

*On dirait l'image que j'ai, c'est la pointe de l'iceberg, c'est comme, tu vois quelque chose, mais en dessous, il y a vraiment quelque chose, vraiment il y a de la matière dans l'ombre qui fait qu'il y a un paquet de problèmes... on dirait que je perds mon idée, mais en tout cas, j'ai vu l'iceberg. V3-S1*

- Nouvelle réalité

Lorsque les enseignants font part des indices leur permettant de suspecter, voire d'identifier des TCA, plusieurs évoquent que certains comportements sont des phénomènes nouveaux, qu'ils n'observaient pas avant. Il est question, par exemple, des nouvelles pages qui se créent sur les réseaux sociaux par des étudiants pour se motiver à perdre du poids ou faire de l'exercice. Des enseignants font référence à la bigorexie chez les garçons ou la prise de poids chez les filles comme des phénomènes qui apparaissent chez les étudiants : « *Chez les garçons, c'est plus la bigorexie qui m'inquiète un peu, c'est plus à ce niveau-là que je remarque un changement.* » V2-S9 ; « *Puis un phénomène que je n'avais jamais vu avant, il y a des étudiantes qui partent des genres de pages pis qui motivent les autres à perdre du poids.* » V3-S7 ; « *Je vois apparaître ce phénomène de la fille beaucoup plus enrobée en ce moment, chose qu'on voyait moins avant.* » V2-S7

Certains expliquent cette nouvelle réalité par l'importance grandissante des réseaux sociaux : « *Je sais pas si ça a un lien, mais ils sont tout le temps sur leur téléphone, sur Facebook. Avant on n'avait pas accès à tout ça et aussi rapidement. C'est omniprésent maintenant.* » V1-S2

#### 4.2.2.3 Étiologie des TCA selon les enseignants

Dans le cadre des groupes de discussion, la deuxième thématique abordée avec les enseignants renvoie à l'étiologie des TCA. Les enseignants font état de plusieurs facteurs pouvant participer au développement des TCA chez leurs étudiants. Leurs propos peuvent être regroupés en six grandes catégories de facteurs. Il est question des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, du déséquilibre, de l'effet collège privé et de facteurs de protection. Les trois premières catégories proviennent de la documentation scientifique consultée, alors que les trois dernières (Tableau 4.8) sont considérées comme émergentes et découlant de nos analyses.



Tableau 4.8 Étiologie des TCA selon les enseignants

<b>Catégorie 1 — Facteurs biologiques</b> (Corcos, 2011)
Genre féminin Âge Développement
<b>Catégorie 2 — Facteurs psychologiques</b> (Thompson et Chad, 2002)
Gestion des émotions négatives Recherche de performance Perfectionnisme Estime de soi Image de soi
<b>Catégorie 3 — Facteurs sociaux</b> (Cox, 2007 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013)
Pairs Pression sociale, de performance Pratique sportive Médias et réseaux sociaux
<b>Catégorie 4 — Effet collègue privé</b>
Cote R Monde d'apparence Pression financière
<b>Catégorie 5 — Déséquilibre</b>
Déséquilibre
<b>Catégorie 6 — Facteurs de protection</b>
Proximité Soutien social

- Facteurs biologiques

Lors des échanges, les enseignants mentionnent l'âge comme étant un facteur de risque des TCA. Ils pensent également que les filles représentent un groupe plus à risque de développer des TCA. Ils évoquent même le fait que compte tenu de la proportion de filles dans leur collège comparativement à d'autres établissements, la probabilité que les TCA

soient présents dans leur collège est plus grande. Un enseignant envisage même que le développement pubertaire chez les filles explique le développement de TCA :

*Est-ce qu'on parle juste des filles ? On est aussi dans la phase où, tiens, j'avais un problème ou j'ai un problème, tout arrive en même temps un peu, développement, pilule des fois, mettons on entendait ça des fois : « m'as-tu vu les hanches depuis que je prends la pilule ? » Donc, ça fait partie aussi du problème, non ? V3-S8*

- Facteurs psychologiques

Dans leur réflexion sur les facteurs de risque des TCA, les enseignants font référence à des caractéristiques individuelles propres aux étudiants. Ils identifient alors plusieurs facteurs psychologiques, dont la plupart sont directement observés chez leurs étudiants : « *Je voudrais relever la volonté de performer.* » V2-S2 ; « *On va avoir des jeunes très perfectionnistes à l'école.* » V1-S4. Ils nomment l'estime de soi, le besoin de contrôle, le perfectionnisme, ou encore la difficulté à gérer ses émotions ou s'adapter aux événements stressants : « *Les étudiants qui ont une estime de soi fragile ou qui n'a pas été encouragée.* » V4-S3 ; « *Le facteur de tout son rapport à l'échec, la réussite, la performance, l'estime, quelles ressources il a pour pallier à ça.* » V4-S4 ; « *Je pense que ça leur crée des stress monstres, pis souvent ils dramatisent des situations toutes petites.* » V3-S2 ; « *Je pense que je n'ai jamais vu une génération aussi dépourvue émotionnellement.* » V2-S7 Deux enseignants laissent entendre que leurs étudiants ne disposent peut-être pas assez de jugement critique ou de recul pour distinguer les comportements pathogènes.

- Facteurs sociaux

Les enseignants font également état de plusieurs facteurs sociaux pouvant, selon eux, participer au développement des TCA. Les facteurs sociaux constituent les facteurs de risque nommés en plus grand nombre par les enseignants et peuvent être divisés en cinq sous-catégories : les pairs, la pratique sportive, la pression de performance, la pression sociale, ainsi que les médias et réseaux sociaux.

### 1. Pairs

Les éléments les plus souvent nommés par huit enseignants sont d'abord en lien avec l'influence des pairs, qui occupe une place importante du quotidien des étudiants. Si pour eux, l'entourage peut jouer un rôle de soutien, ils soulignent qu'il peut avoir des effets insidieux et s'accompagner de répercussions sur la santé psychologique des étudiants, surtout lorsque l'influence des pairs se traduit par une identification à un groupe, cherchant alors à reproduire des modèles : « *Il y a un entraînement au niveau des gars à faire comme les autres. Celui qui va être le plus beau, le plus musclé.* » V2-S9 ; « *Je pense que le plus important c'est les pairs. Je me rappelle d'une étudiante qui a beaucoup maigri et là, une copine lui demande comment elle a fait [et] en quelque temps, toutes les filles du groupe avaient beaucoup maigri pour faire comme les copines.* » V1-S5 ; « *Parfois, il y a peut-être une pression au niveau des pairs, une pression pour rassembler à ses pairs.* » V4-S6

### 2. Pratique sportive

Cinq enseignants relèvent que la pratique sportive, particulièrement de niveau compétitif, peut expliquer que les étudiants tentent d'atteindre un certain morphotype ou s'alimentent d'une certaine façon :

*Je pense que chez les sportifs, les garçons sont plus concernés, il faut qu'ils soient musclés... c'est lié à leur sport. Chez les non-sportifs, peut-être que quelques-uns sont comme ça aussi. Chez les filles sportives, je ne pense pas que ça soit plus élevé.*

*Elles font souvent de la danse, donc je ne pense pas que ça soit un problème, les attentes ne sont pas les mêmes, elles n'ont pas à être très musclées. V1-S4*

Les enseignants expliquent alors que les étudiants n'ont pas le choix d'avoir ces comportements dans la mesure où la discipline le demande :

*Peut-être est-ce lié à leur pratique où il faut avoir une certaine shape. Effectivement, ça ne va pas être la même chose pour tous. Si on reprend l'exemple du kayak, ils ne peuvent pas non plus gonfler ou être trop lourds parce que s'ils sont trop lourds, ils vont couler dans leur canoë. V1-S4*

En lien avec la pratique sportive, les enseignants relèvent de plus que la société, ou même le collège lui-même, valorise la performance sportive, ce qui peut avoir un effet d'entraînement pour les autres étudiants et amène probablement les étudiants sportifs à continuer : « *Mais en même temps, la haute performance, on la valorise tous les jours dans les médias, dans les structures, tous les jeunes qui font du sport ont comme idoles des gens de hautes performances.* » V2-S5 ; « *On les félicite quand ils ont réalisé une performance en fin de semaine que l'on souligne le lundi matin, sûrement que les deux étudiants doivent se sentir petits à côté d'eux et se laissent entraîner.* » V1-S4

### 3. Pression de performance

La pression de performance est également nommée par les enseignants, et ce, qu'elle se retrouve dans la sphère académique avec une course aux bonnes notes en vue de l'accès à des programmes contingentés ou dans une pression de résultats sportifs : « *On est à l'ère de la performance* » V2-S5 ; « *ils sont sollicités de partout, il faut qu'ils performent à tous les plans* » V1-S4

Les enseignants témoignent, en effet, de la présence de la recherche de performance chez les étudiants, qui se traduit par le besoin d'avoir de bonnes notes pour accéder

éventuellement à des programmes contingentés à l'université. Pour certains, cette recherche de performance peut être dangereuse pour les étudiants : « *dans le cas de l'étudiante, c'est beaucoup la performance. C'est la performance avant toute chose, donc si elle a de quoi à faire, elle peut travailler sans arrêt, pas souper* » V4-S2. Certains précisent que cette pression de performance peut être véhiculée par les étudiants eux-mêmes, mais aussi par les parents : « *Un peu peut-être une pression des parents d'être un bon élève, beau, fin* » V3-S2 ; « *Il y a beaucoup de ça qui vient de l'éducation, de comment à la maison c'est perçu, ton corps, la façon dont tu manges, le modèle de mères qu'on est avec nos filles peut-être.* » V4-S4 ; « *C'est aussi les parents qui jouent un rôle* » V1-S7

*Beaucoup font du sport depuis petits, viennent au collège pour ça, pour pouvoir peut-être accéder à ces équipes américaines. Il y a donc à mon avis une recherche de performance académique et sportive, qui passe aussi dans l'alimentation, le contrôle.*  
V1-S4

#### 4. Pression sociale

La pression sociale en lien avec les normes de beauté et la culture occidentale est également identifiée dans le groupe de discussion : « *ça veut dire qu'on est tout le temps en train de surveiller ce qu'on mange, c'est comme une culture de... nord-américains* », V4-S2. Les enseignants parlent de la présence de standards. En plus de l'apparence physique, ils relèvent que les étudiants possèdent des besoins matériels, tels que les téléphones cellulaires ou encore les voitures, plus dispendieux, qui seraient une manifestation de cette pression sociale de bien paraître : « *[I]ls vont travailler 30 heures par semaine pour pouvoir avoir leur auto toute neuve. Et là j'entendais dans le local programme "quoi, tu n'as pas d'iPhone ?"* » V3-R3 ; « *La pression sociale d'être quelqu'un de parfait* » V3-S2 ; « *Une pression du standard, le plus costaud possible, le plus ci, le plus ça* » V4-S2

## 5. Médias et les réseaux sociaux

Les réflexions portant sur l'existence d'une pression sociale amènent les enseignants à mettre en avant le rôle des médias et des réseaux sociaux, qui peut exacerber et maintenir cette pression sociale. Les réseaux sociaux sont décrits par les enseignants comme des catalyseurs de comportements problématiques dans la mesure où l'information déposée sur ces derniers circule vite et représente la facette parfaite que les étudiants montrent d'eux. Ils subissent ainsi la pression de renvoyer une image de cet idéal : « *On les voit sur Facebook, les filles postent des photos ou aiment des photos de filles très minces. Il y a une très forte pression sociale associée aux réseaux sociaux et tout tourne autour de ça.* » V1-S1 ; « *En plus il y a internet, les réseaux sociaux, avec tous les nouveaux défis que l'on voit passer : objectif ventre plat, le gap thigh, c'est affreux !* » V1-S5

*Sur les réseaux sociaux on dirait qu'il faut que toute, tout le temps, soit parfait dans la vie de tout le monde. Fait que j'ai l'impression que c'est une pression sociale à ce niveau-là, que j'ai pas le droit de pas être parfait. J'ai pas le droit que ça marche pas bien, donc faut être parfait dans tout et y compris de ce que t'as l'air physiquement. Pis jusqu'où ça a un impact je le sais pas, mais j'ai l'impression que ça peut avoir un impact.* V3-S4

Quatre enseignants, en plus de nommer des facteurs intervenant dans le développement ou le maintien des TCA, ajoutent l'idée qu'indépendamment de la nature des facteurs de risque, c'est le cumul de ceux-ci qui explique leur développement. Les TCA sont le résultat d'un ensemble de facteurs de risque présents chez les étudiants et dans leur environnement : « *C'est un ensemble* » V1-S7 ; « *Il va y avoir beaucoup beaucoup de facteurs qui vont avoir un impact sur l'émergence ou non d'un TCA* » V2-S6 ; « *C'est un ensemble de choses, ils sont très très sollicités de partout* » V3-S2

- Effet collège privé

Sept enseignants évoquent la possibilité qu'étudier dans un collège privé puisse être associé à des attentes spécifiques, pouvant induire une pression chez les étudiants. À ce sujet, les enseignants reconnaissent en grand nombre que les étudiants qui s'inscrivent dans certains programmes peuvent subir une pression liée à la recherche de performance, la cote R, les attentes liées au programme sport-études, par exemple : « *Il y a aussi la culture du collège, c'est un collège où on travaille, où les étudiants performant et donc peut-être que les étudiants en s'inscrivant se mettent de la pression supplémentaire pour être au niveau* » V1-S1

*Moi je reviens à la performance, je pense que les étudiants font face à l'importance d'une cote R qui n'est pas toujours facile à monter ici, car les résultats se ressemblent, ils sont élevés quand même et ils se ressemblent. Aussi, une pression pour rester en sport-études.* V4-S2

Au-delà de l'aspect académique, les enseignants estiment que les frais de scolarité propres au collège privé peuvent également s'avérer anxiogènes et amener les étudiants à développer des comportements pathogènes, malgré eux : « *Les frais de scolarité, en tous cas en sciences humaines, ça coûte super cher. Donc, si ils performant pas à l'école, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas.* » V2-S6. Le monde du collège privé est perçu comme un monde d'apparence, élitiste qui peut contribuer à exacerber chez les étudiants le besoin de contrôle, de perfection, eux-mêmes identifiés comme des facteurs de risque : « *Je pense que la pression est un peu plus grande ici, on est dans un monde privé, d'apparence, d'argent. Je pense qu'il doit y avoir un effet, pas du simple au double, mais c'est sûr qu'il doit y avoir un effet.* » V3-S8

Finalement, pour les enseignants, les étudiants sont soumis à différents types de pression, provenant de plusieurs sources. Cette pression est subie par les étudiants qui ne semblent

parfois pas en avoir conscience. De plus, il ressort l'idée que les étudiants y seraient confrontés en continu, sans moyen réel d'y « échapper », ce qui pourrait être source de déséquilibre.

- Déséquilibre

Au-delà des facteurs de risque biopsychosociaux et directement en lien avec les pressions vécues par les étudiants, les enseignants mentionnent que ceux-ci vivent un déséquilibre. Ce déséquilibre résulte de leur difficulté à gérer la multitude de responsabilités qu'ils doivent gérer pendant leurs études collégiales, ou de la polarisation plus importante des centres d'intérêt comme le sport ou les études. Certains soulignent l'idée d'un passage à l'âge adulte, et une adaptation au collégial difficile en termes de gestion de son budget ou de son alimentation, de ses études, de sa vie sociale et de la famille éventuellement.

L'absence d'équilibre est alors identifiée comme un facteur pouvant expliquer que les étudiants trouvent des solutions alternatives pathogènes pour pallier ces nombreuses responsabilités : « *Il y a beaucoup de déséquilibres. Je les sens tirillés un peu de partout. On dirait qu'ils ont de la difficulté à concilier vie personnelle, vie étudiante, vie de travail, vie familiale. Mais ils ont beaucoup de mal à concilier le tout, je trouve.* » V3-S3 ; « *J'imagine quand on met le maximum d'énergie sur quelque chose, ça se ressent ailleurs* » V2-S10 ; « *C'est plutôt le déséquilibre qui est présent* » V2-S10



- Facteur de protection

Trois enseignants ont éprouvé le besoin de faire ressortir des facteurs de protection, plus particulièrement « l'aspect protecteur » du collège dans l'émergence des TCA. Les éléments nommés qui peuvent se retrouver dans cette catégorie sont essentiellement liés au personnel du collège. En effet, si d'une part, un effet pervers du collège privé est identifié, les enseignants estiment, d'autre part, que la particularité de ce milieu est la proximité du corps enseignant, le sentiment d'appartenance qui est alors un facteur de protection aidant les étudiants à développer un réseau social et à se sentir soutenus : « *Au collège, on est reconnu je pense, la plupart des programmes c'est comme ça, ils sont proches entre eux, les profs sont proches des étudiants, donc...* » V4-S4 ; « *Il y a une relation, un sentiment d'appartenance* » V4-S3

*[J]e voudrais amener un facteur de protection. Je disais tantôt c'est un petit collège, donc à un moment les étudiants vont développer des relations avec différents intervenants et ça peut, à un moment faire une différence parce que ça les a menés à créer des liens, à faire confiance et donc à un moment peut-être demander de l'aide.* V2-S2

D'autres enseignants font également référence au soutien social qui peut être observé dans les programmes sportifs, notamment pour les étudiants qui pratiquent des sports d'équipe : « *Quand on parle de sport-études, on va souvent penser au hockey pis au baseball, ça c'est des gars qui vont se tenir en gang pis je pense qu'entre eux ils vont se supporter, s'entraider.* » V4-S4

Finalement, il est aussi question des facteurs de protection sur un aspect plus personnel : « *On disait, avoir une meilleure estime de soi, si on a quelqu'un à qui parler, si on a confiance, si on a un réseau, ça aide.* » V4-S2

#### 4.2.2.4 Influence des TCA sur les étudiants selon les enseignants

Par la suite, les enseignants ont été amenés à se questionner sur l'influence des TCA sur la sphère académique. Ils abordent alors les complications associées aux TCA comme ayant des répercussions sur la participation des étudiants dans les cours et, éventuellement, sur leur réussite. Certains vont même jusqu'à parler de leur avenir. Les propos des enseignants en lien avec cette thématique sont classés en quatre catégories (Tableau 4.9), dont une est émergente et trois sont tirées du cadre de référence.

Tableau 4.9 Influence des TCA sur les étudiants selon les enseignants

<b>Catégorie 1 — Influence négative sur la sphère académique</b> (McLeod et <i>al.</i> , 2012 ; Yanover et Thompson, 2008)
Difficultés de concentration Difficultés à terminer les travaux Retrait des activités de groupe
<b>Catégorie 2 — Influence qui évolue</b> (Fairburn, 2008 ; Mehler, 2011)
Distinction entre le début du trouble et le trouble installé Répercussions sur le long terme
<b>Catégorie 3 — Effet boule de neige</b>
Trouble envahissant qui touche l'ensemble des sphères de la vie de l'étudiant
<b>Catégorie 4 — Influence positive sur la sphère académique</b> (Turgeon et <i>al.</i> , 2011)
Perfectionnisme au service des résultats académiques

- Influence négative sur la sphère académique

Les enseignants s'entendent pour dire que les TCA impliquent des conséquences négatives sur la sphère académique des étudiants. Selon eux, ceux qui présentent des TCA vont manifester des pertes d'énergie, des difficultés à se concentrer, un retrait social résultant

tant de la mauvaise alimentation que du manque d'estime de soi, ou de préoccupations en lien avec l'apparence physique, le poids et le sport. Certains évoquent le fait que si l'étudiant ne pense qu'à son sport ou son alimentation, il ne reste plus de place pour les apprentissages : « *La personne avec un TCA elle ne s'aime pas et si elle ne s'aime pas, je pense qu'elle ne va pas pouvoir profiter de tout et elle va être en retrait dans certaines situations, donc ça va nécessairement nuire.* » V1-S2 ; « *Donc, ça affecte plutôt négativement les études.* » V2-S10

Ils décrivent ainsi les complications liées aux TCA comme ayant de nombreuses répercussions sur la sphère académique. Pour eux, si les étudiants ont une faible estime d'eux-mêmes, ils ne peuvent pas participer pleinement aux travaux d'équipe et autres activités vécues en classe : « *La personne avec un TCA, elle ne s'aime pas, et si elle s'aime pas, je pense qu'elle ne va pas pouvoir profiter de tout et elle va être en retrait dans certaines situations en classe, donc ça va nécessairement nuire, pour les travaux d'équipes par exemple, ou les présentations.* » V1-S2. Un enseignant relate même le cas d'une étudiante anorexique qui ne pouvait pas achever un test en raison de malaises : « *Ça faisait trois fois qu'elle reprenait un test, elle était pas capable de le reprendre, parce qu'elle s'évanouissait, parce qu'elle mangeait pas assez* » V2-S7

- Influence qui évolue avec le trouble

Les enseignants font état de complications et donc d'influences qui diffèrent selon la sévérité du trouble. Ainsi, ils font la distinction entre l'étudiant qui commence à présenter des symptômes et dont les répercussions seraient moins importantes, de l'étudiant qui présente un trouble sévère et dont les complications l'empêcheraient de fonctionner. Les enseignants relèvent que si les étudiants peuvent, au départ ou pendant un laps de temps, continuer à être opérationnels, performants, il est probable que les conséquences des TCA se fassent sentir sur le long terme : « *Je vois une nuance entre la fille qui est proche de la*

*mort pis les étudiants qui commenceraient à avoir des symptômes. » V4-S4 ; « Je pense que ça dépend aussi du moment, selon que la personne présente le problème depuis longtemps, ou commence à le présenter, cela peut influencer différemment. » V1-S4*

*On les voit une fois par semaine, donc on peut les avoir dans un temps où ça va bien, dans un temps où ça va pas bien, on le sait pas. Je pense à mon étudiante cette session-ci, je le voyais, mais c'est-tu vraiment ça ou ce n'est pas ça, pis ça s'est effondré à la fin de la session, il est trop tard, moi je la revois plus. V2-S7*

- Effet boule de neige

Finalement, les enseignants discutent de l'aspect des TCA que l'on peut nommer « un effet boule de neige ». Plusieurs évoquent l'idée que l'étudiant qui présente un TCA présente des complications qui auront des répercussions sur toutes les sphères de sa vie, dépassant de ce fait la sphère académique, ce qui influencera automatiquement ses résultats scolaires et, par conséquent, sa réussite. Les enseignants font même référence à la santé globale, le développement global de l'étudiant qui est atteint : « C'est sûr que ça a un impact... sur une journée de 24 h, si on s'entraîne 4 h, c'est 4 h de moins sur les études et on est moins concentré sur le reste, ça prend toute la place. » V1-S1

*C'est quand ça commence à pas bien aller en classe, les autres autour vont dire ça va pas bien à l'entraînement, puis on dirait qu'il y a un moment où l'étudiant quand ça va mal, ça va mal partout, c'est comme un rejet de ce mode de vie là. Il y en a qui le vivent, ils sont plus capables, parce qu'au niveau académique ils sont plus capables d'y arriver, aux entraînements. » V2-S7*

- Influence positive sur la sphère académique

Finalement, certains enseignants, par une expérience personnelle, abordent ensuite l'idée que les TCA peuvent aussi avoir une influence positive sur la sphère académique. Ils précisent qu'il existe des différences individuelles et que dans certains cas, les étudiants présentant des TCA — il est ici question de l'anorexie mentale — sont des étudiants très performants, qui réussissent très bien. Par contre, ils amènent la nuance que cette apparence de réussite sur le plan académique peut s'accompagner d'échecs dans d'autres sphères, dont la sphère personnelle : « *La petite était anorexique, mais elle performait beaucoup ; elle a gagné la bourse du Gouverneur* » V3-S1 ; « *Comme l'a montré S3, peut-être que parfois, le perfectionnisme va servir les études* » V1-S4

#### 4.2.2.5 Place de la prévention des TCA en contexte académique selon les enseignants

Le dernier thème abordé dans les groupes de discussion est celui de la prévention des TCA (Tableau 4.10). Les enseignants ont été interrogés sur leur rôle dans la prévention des TCA ainsi que sur les actions qu'ils mettraient en place pour y parvenir. Leurs propos sont classés dans cinq catégories émergentes dans le tableau qui suit : un sentiment d'imputabilité par rapport à la déresponsabilisation, un manque d'outils, une mise en pratique difficile, des actions et une réalité collective.

Tableau 4.10 Place de la prévention des TCA en contexte académique selon les enseignants

<b>Catégorie 1 — Entre déresponsabilisation et sentiment d'imputabilité</b>
Identification de l'importance de l'enseignant Identification du rôle de l'enseignant comme loin de la prévention des TCA
<b>Catégorie 2 — Manque d'outils et de formation</b>
Outils Formation
<b>Catégorie 3 — Actions possibles</b>
Donner des conférences Parler des TCA Travailler l'estime de soi Valoriser la diversité
<b>Catégorie 4 — Mise en pratique difficile</b>
Caractéristiques facilitatrices de certaines disciplines Difficulté à visualiser la façon de faire de la prévention
<b>Catégorie 5 — Réalité collective</b>
Mention des différents corps de métier dans le collège

- Entre déresponsabilisation et sentiment d'imputabilité

Les enseignants manifestent une certaine ambivalence face au rôle qu'ils pourraient jouer dans la prévention des TCA. Ils se sentent, d'une part, détachés du problème et précisent que leur rôle ne réside pas dans la prévention, voire qu'ils n'ont pas de rôle à jouer en lien avec les TCA. Ils sont simplement des acteurs intermédiaires qui doivent et ne peuvent que référer. « *C'est pas notre rôle* » V2-S8 ; « *Mais on n'a pas tant ce rôle-là de les détecter non plus, dépendamment des sessions, au nombre d'étudiants [...]... Notre rôle ça serait de référer, parce que c'est pas notre travail* » V2-S2 « *Bien sûr référer s'ils disent quelque chose* » V2-S3 ; « *le rôle majeur, c'est de référer* » V2-S4. D'autre part, ils se décrivent aussi, à l'inverse, comme des personnes-ressources, importantes pour les étudiants, pouvant leur apporter un soutien : « *On ne peut pas faire comme si ça n'existait pas et*

*tourner la tête.* » V1-S1 ; Ils se doivent d'être présents, d'écouter les étudiants, poser des questions, voire donner de l'information : *« Mais au moins une écoute, pis essayer de la diriger vers des soins, mais pour l'instant elle est pas prête à ça. »* V3-S2 ; *« On n'a pas juste de la matière à passer, on est des personnes-ressources et c'est surement plus facile à faire ici, car ce sont des petits groupes, on a des contacts. C'est un petit milieu. »* V1-S4

*Un étudiant une fois est venu me poser des questions sur un comportement que son cousin a et il revient me voir en disant qu'il a expliqué à son cousin comment ça marche et que depuis il ne le fait plus. Son cousin n'est pas mon élève, mais de façon détournée j'ai eu une influence, on parlait tout à l'heure de l'influence des pairs, mais il faut aussi essayer de faire des leaders positifs.* V1-S1

Les enseignants se décrivent aussi comme des acteurs de première ligne devant être attentifs et à l'affût des difficultés rencontrées par les étudiants et des signes de TCA : *« Moi je dirais qu'il faut identifier, elle est où la ligne entre l'obsession, puis la discipline et la rigueur, il est là notre rôle en tant qu'enseignant ».* V2-S5 ; *« Je pense qu'il faut au départ avoir les yeux ouverts, montrer une certaine ouverture aussi. »* V2-S6 ; *« Je pense qu'on a le devoir d'être attentif aux symptômes/aux signes/si on peut les voir/et un coup qu'on a détecté quelque chose, ce qu'on peut faire c'est référer. »* V2-S4

- Manque d'outils et de formation

Si plusieurs enseignants se sentent responsables, ils considèrent qu'ils sont limités dans leur pouvoir d'action. En effet, la réflexion sur le rôle des enseignants dans la prévention peut répondre aux TCA : *« Si je me rends compte qu'il y a des difficultés, ben les ressources sont limitées, autant au collègue que les ressources extérieures que je connais peu. »* V2-S3 ; *« Je suis pas sûr qu'on ait nécessairement tous les outils pour être attentifs. Ça peut nous sauter dans la face et on le verra pas. »* V2-S6 ; *« Je suis pas formé ou sensibilisé pour reconnaître ces problèmes-là. »* V1-S4 ; *« Des fois t'as pas d'outils, c'est*

*des signes que t'as mais t'as pas tout le temps le réflexe d'aller voir et c'est quand tu te dis oh mon Dieu, j'aurais dû !, là tu te dis, si j'interviens je vais tu faire quelque chose de pas bien ? » V2-S7*

Par rapport à ce constat, la plupart des enseignants mentionnent le fait qu'ils manquent de formation dans ce champ spécifique. Les TCA ou les ACAI ne font pas nécessairement partie de leur cursus académique et professionnel. Ils évoquent donc le besoin de recevoir des formations afin de pouvoir accompagner au mieux les étudiants : « *Je pense que j'aime bien l'idée du focus group, mais on se lance des questions, on n'a pas de réponse, de moyens. D'avoir, oui, une petite formation pour aller plus loin, mais avec du concret, comment on peut détecter, comment on va aider* » V3-S6

Finalement, les enseignants notent le manque de connaissances en lien avec le rôle qu'ils peuvent jouer. Certains, par exemple, enseignent l'alimentation dans leurs cours et sont sensibles à enseigner les bons contenus. Ils prennent ainsi conscience qu'ils ont des manques à combler à cet effet :

*[I] l manque quelque chose là, par rapport aux étudiantes, par rapport à ce qu'elles connaissent de leur propre alimentation, de leur santé globale. Comment être un bon modèle quand nous-même on est plus ou moins au fait de ce qui... Oui, j'enseigne le guide alimentaire, mais il y a quelque chose là, il me semble qu'on pourrait aller travailler, peaufiner avec nos étudiants. Je suis nouvellement enseignante, je ne sais pas quelles seraient les façons de faire, les bons outils, mais il y a à se questionner par rapport à ça. » V3-R6*



- Actions possibles

Quand les enseignants sont interrogés sur la façon dont ils participeraient à la prévention des TCA, ils proposent plusieurs moyens, dont celui de transmettre de l'information sur les TCA aux étudiants, sous forme de conférence ou de cours : « *Moi j'ai pas de problème à parler de la prévention du trouble alimentaire direct ou la prévention de d'autres* », V4-S2

Plusieurs suggèrent de rétablir les fausses croyances que les étudiants possèdent face à l'alimentation, la prise de suppléments alimentaires : « *En tant que profs de bio, on peut des fois recadrer certaines idées et démystifier certaines conduites, certaines notions* », V1-S1 ; « *Pédagogiquement, c'est possible de faire de la sensibilisation et de démocratiser aussi les saines habitudes de vie* » V1-S4 ; « *Montrer la diversité, ne pas mettre l'emphase sur le manger sain, mais plutôt l'équilibre* » V1-S5. Certains proposent des actions collectives au niveau du collège, par exemple au niveau de la diversité des repas : « *On pourrait aussi faire des changements au niveau de la cafétéria, proposer des plats différents, peut être meilleurs et variés, je ne sais pas* » V1-S3

Finalement les enseignants pensent également qu'il serait intéressant de travailler à augmenter l'estime des étudiants, les amener à développer une réflexion sur leurs comportements et la diversité corporelle : « *On peut les amener à réfléchir, à l'école c'est ça qu'on fait un peu, on réfléchit, et je pense que notre rôle est aussi de les faire se questionner* » V1-S7 ; « *je veux dire on a fait des défilés de mode, pis moi, c'était primordial, c'est pas des mannequins, c'est pas des filles qui sont, grandes et minces. C'est monsieur et madame tout le monde. Tout le monde va être bien dans sa peau, c'est cette promotion-là qu'il faut faire, qu'il faut* », V3-S2 ; « *je leur fais faire un travail dans lequel ils doivent calculer leur IMC et trouver des moyens, si l'IMC ne correspond pas à leur idéal, d'atteindre ce poids* » V1-S5

*Peut-être travailler justement à augmenter leur estime d'elle-même, à faire en sorte qu'elles se trouvent belles, se trouvent bonnes, pis qu'elles puissent transmettre ça, en tout cas, aux enfants, je trouve que ça peut être quelque chose. En tout cas on travaille déjà là-dessus beaucoup. Pis il me semble que quand tu te sens bien, belle, tu manges mieux. Sans manger parfaitement, tu fais des meilleurs choix de vie. V3-S1*

- Mise en pratique difficile

Si les enseignants proposent des idées pour mettre en place des actions visant la prévention des TCA dans leur classe, cette mise en pratique demeure floue pour certains. En effet, les enseignants identifient difficilement l'arrimage entre la prévention des TCA et leur pratique, bien qu'ils fassent la distinction entre différentes disciplines qui se prêteraient davantage à ce type d'action, selon eux : « *Je pense que selon les disciplines, on ne peut pas nécessairement en parler* » V1-S3 ; « *Quand les cours s'y prêtent, donner de l'information* » V2-S2 ; « *Comme le disait mon collègue, en mathématiques, on n'est pas trop sollicités par les étudiants pour parler de ces problèmes-là* » V2-S10 ; « *Je pense que les troubles alimentaires dans le rôle que je joue ici c'est difficile de les détecter* » V2-S1 ; « *Je suis nouvellement enseignante, je sais pas quelles seraient les façons de faire, les bons outils* » V3-S7 ; « *Pour le moment je ne pense pas vraiment pouvoir faire de la prévention au travers de mon enseignement* » V1-S7

- Devoir collectif

Si la mise en pratique de la prévention des TCA en contexte académique apparaît parfois compliquée, les enseignants estiment cependant que c'est l'affaire de tous et que l'ensemble des salariés du collège devraient être sensibilisés, formés aux TCA : « *C'est une préoccupation qui devrait concerner pas mal tout le monde dans notre job.* » V2-S2 ; « *Par rapport à ça aussi, oui c'est important que tout le monde soit au courant pis que c'est quoi une problématique et tout ça.* » V3-S4 ; « *Je pense que tout le personnel devrait recevoir une formation comme ça parce que c'est important d'y être sensibilisé* » V1-S3

#### 4.2.2.6 Réflexions des enseignants entourant les TCA chez les étudiants

Les groupes de discussion ont permis de faire émerger plusieurs réflexions chez les enseignants. Il est question de l'observation de difficultés diverses vécues par les étudiants, d'une réflexion sur l'enseignant lui-même et sa position face aux TCA, mais aussi d'une réflexion sur l'identification des TCA ainsi que leur prévention. Finalement, l'apport de la recherche pour les enseignants est abordé.

- Présence d'autres problématiques de santé physique et mentale

Les groupes de discussion ont donc permis de mettre en évidence une préoccupation des enseignants face au vécu des étudiants. Si les participants ont été amenés à se positionner spécifiquement sur les TCA, les échanges les ont amenés à identifier la présence d'autres problématiques de santé physique et mentale chez les étudiants, compromettant leur bien-être. Les enseignants estiment que la diversité des pressions perçues par les étudiants se manifeste par la présence de plusieurs comportements retrouvés de façon générale dans la société, comme la consommation de substances, les idées suicidaires ou encore l'anxiété : « *Il y a vraiment je pense beaucoup de problématiques de sommeil. Elles en parlent ouvertement qu'elles dorment mal, qu'elles dorment peu. La mélatonine est à la mode ça n'a pas de bon sens. Un manque de sommeil peut entraîner d'autres choses* », V3-S7 ; « *Moi je pense qu'on peut en retrouver, c'est dans un autre aspect au niveau de l'anxiété, de la performance qui peuvent peut-être toucher aussi à ce niveau-là* », V4-S4 ; « *Mais ce qui me questionne aussi, qui m'embêtent beaucoup c'est le nombre d'étudiants qui sont pris avec des anti-dépresseurs, qui font de l'insomnie. C'est questionnant d'avoir déjà besoin de ce support-là pour être fonctionnel pis être en équilibre* » V3-S1

- Réflexions sur les TCA

Il est également possible de constater que les enseignants s'interrogent sur la problématique des TCA à plusieurs niveaux, notamment en ce qui a trait à l'identification des TCA. En effet, les enseignants font preuve d'un regard critique sur la validité des critères utilisés en mentionnant la part de subjectivité qui existe lorsqu'il est question de TCA et des risques à éviter lorsqu'on essaie de les repérer. Ils se demandent si tout ce qu'ils observent renvoie nécessairement au fait des TCA ou peut-être à autre chose : « *Les étudiants ils ont plus de gas, ils arrivent en classe, ils sont... ça a tu un rapport avec un TCA ou juste avec le fait qu'ils s'entraînent six heures par jour ?* » V2-S6 ; « *On voit ça depuis quelques années, faut qu'ils s'entraînent, faut qu'ils aient la forme, mais ce n'est pas excessif. C'est pas pour être mince, c'est pour être en forme, en santé mentale et physique.* » V3-S2. Ainsi, plusieurs enseignants témoignent de l'importance de faire preuve de précautions et de chercher les indicateurs les plus justes possibles : « *Il va falloir faire attention à est-ce qu'on peut faire le lien entre les TCA et les problèmes en classe, d'éliminer les autres facteurs qui peuvent avoir une influence* » V2-S6

*Par contre, je peux pas dire que dès que quelqu'un a une faible estime de soi, oh attention, il est dangereux pour le trouble alimentaire. Oh il est performant, il est en danger au niveau du trouble alimentaire !* » V4-S2

- Introspection

Lorsqu'ils ont été amenés à réfléchir aux manifestations des TCA, certains enseignants font preuve d'une grande introspection. Ils s'interrogent à voix haute sur leurs propres comportements pour faire ressortir la similitude entre la réalité de leurs étudiants et leur propre réalité. Si eux-mêmes éprouvent de la culpabilité après des repas plus importants, par exemple, il n'est pas surprenant que les étudiants vivent ces mêmes sentiments. Un enseignant apporte le point que dans cette ressemblance, ce qui le distingue de l'étudiant

du collégial est le recul, permettant de faire la distinction entre le comportement normal et le comportement pathogène :

*Même, nous on le voit à notre âge, je fais de la course et si je vois quelqu'un courir plus vite que moi, comme tu l'as dit tout à l'heure, effectivement, il court plus vite parce qu'il a 10 livres de moins que moi. Moi aussi je veux courir plus vite, peut-être que je vais vouloir faire comme lui. Alors j'imagine les jeunes qui n'ont pas le recul, qui veulent performer et qui baignent dedans depuis toujours. » V1-S4*

Lors des échanges, plusieurs enseignants réfléchissent aussi au rôle de modèle qu'ils renvoient et se demandent alors si, malgré eux, ils ne participeraient pas à la transmission de certains comportements problématiques : « *Mais finalement peut-être aussi les enseignants. Nous aussi nous sommes des modèles, il se peut que l'on transmette de mauvaises habitudes sans s'en rendre compte.* » V1-S7. Une enseignante insiste également sur le fait qu'en tant que modèles, ils doivent faire preuve de vigilance pour ne pas maintenir des croyances déjà présentes : « *Donc, il faut faire attention, il y a une partie du coach, il y a une partie des croyances et il ne faut pas que l'on valorise ça, nous autres* » V2-S7

*Ça m'amène aussi à réfléchir : moi aussi je vais m'entraîner dans les mêmes gymnases, j'aime performer et rester en forme, mais peut-être que là aussi je donne des mauvaises impressions, j'entretiens ça, je ne sais pas, il faut y réfléchir.* » V1-S4

- Réflexions sur la prévention des TCA

Sans pouvoir nécessairement donner des pistes d'actions à mener, de nombreux enseignants s'interrogent de façon plus générale sur la bonne façon d'intervenir auprès des publics à risque pour les TCA. Ils imaginent, en quelque sorte, un idéal à suivre pour amener les étudiants à s'accepter et adopter des comportements sains, en remettant en question les pratiques actuelles de promotion de la santé :

*Parce qu'on dirait, ce qui est présenté présentement, c'est surtout des cas, en tout cas, des formations de bonne alimentation, faites du sport, embarquez dans le club de jogging, faites des pas, le plus possible. On dirait que ce n'est pas ce sens-là qu'il faudrait aller. Ça, ça les laisse dans leurs problématiques là, ça met encore une autre pression que là, il faut que tu fasses encore plus, peut être accepter l'imperfection. Pourquoi, ça sert à quoi d'être parfait, j'aime ça R2 quand tu dis que t'as [...] dans ton cours, les filles, justement il y a de toutes, de différents poids pis que justement ils veulent amener une mode plus accessible pour ces femmes-là. Et moi, je trouve ça super le fun pis j'aimerais ça que la société embarque là-dedans plus. On n'est pas toute faite pareil là, pis c'est pas tout le monde qui va aller faire du triathlon pis de courir. Tsé, c'est pas tout le monde qui vit ça. On est-tu obligé de ça ? V3-S1*

Les enseignants relèvent que, bien qu'importantes et pertinentes, les actions qui seraient menées dans leur contexte collégial seraient peut-être vaines si, à une plus grande échelle, les mêmes actions ne sont pas initiées :

*On regarde les magazines, il y a des études qui ont été faites, tu regardes les magazines, pis tu mets quelqu'un qui a de l'embonpoint ben ils vont en vendre un peu moins des magazines [...]. Mais c'est pas facile de faire accepter ça, pis bon, quand tu prépares des magazines, le but c'est de le vendre. Si tu en vends moins, ben le mois suivant, tu vas prendre ce que les gens souhaitent voir pour en vendre plus. V3-S2*

Les enseignants insistent donc sur l'importance de la société et le besoin de recourir à des actions réflexions à un plus grand niveau pour que cela soit vraiment efficace : « *Mais je pense qu'il y a une grande éducation à faire auprès de la population à ce niveau-là* » V3-S2

*[J] e pense que ce serait une belle possibilité aussi d'en faire la prévention, pas juste nécessairement d'aller dépister ceux qui sont déjà dans cet engrenage-là, mais on parle de un sur deux qui est dans l'entre-deux, ben c'est ceux-là aussi qui sont peut-être... les publics cibles pour faire la prévention avant qu'ils basculent du mauvais côté. V3-S5*

- Apport de la recherche

Finally, les enseignants ont été amenés à se questionner sur les retombées personnelles des échanges tenus lors des groupes de discussion. En grande majorité, ils estiment que leur compréhension des TCA s'est améliorée à travers la complétion du questionnaire, la session d'information et le groupe de discussion. Ils témoignent d'une acquisition de vocabulaire, d'une prise de conscience de l'ampleur et de la complexité du phénomène : « *L'anorexie inversée, je trouvais ça intéressant de théoriquement mettre des mots sur une réalité.* » V2-S4;; « *Plus une prise de conscience supplémentaire et de nouveaux mots comme hyperphagie* » V3-S8 ; « *Aujourd'hui, ma réflexion est plus poussée, je pense que j'en connais un peu plus et je suis plus en mesure aujourd'hui d'ouvrir l'œil* » V1-S3

*Je pense que ça a changé, on en parlait, on a l'image de la fille anorexique, de la fille boulimique et c'est l'image que j'avais avant de remplir le questionnaire et là je me rends compte que pas seulement [...] qu'il y en a d'autres qu'on ne connaît pas.* V2-S6

Toutefois, l'ensemble des participants est ouvert à recevoir plus de formation pour être en mesure d'accompagner au mieux les étudiants, tant du point de vue de la détection des TCA que de la prévention ou l'intervention.

#### 4.2.2.7 Conclusion : synthèse de l'analyse de contenu

En guise de synthèse, l'analyse qualitative des propos tenus dans les groupes de discussion a permis de faire ressortir plusieurs catégories émergentes venues compléter les catégories prédéterminées, lesquelles sont tirées de la documentation scientifique consultée. Cette analyse de contenu permet de mettre en évidence que les enseignants interrogés, peu importe leur formation ou le programme dans lequel ils enseignent, possèdent une grande sensibilité au vécu des étudiants. Pour la plupart, ils se sentent concernés et sont soucieux

de connaître les différentes problématiques qu'ils pourraient rencontrer comme enseignant auprès d'étudiants sportifs. Par ailleurs, lorsqu'interrogés plus spécifiquement sur les TCA, plusieurs enseignants partagent des préoccupations et les trente enseignants manifestent de la difficulté à les identifier de façon précise. Huit des trente enseignants évoquent la présence de stéréotypes pouvant influencer leur façon dévaluer la proportion d'étudiants concernés. S'ils ne parviennent pas à s'entendre sur le nombre d'étudiants concernés par les TCA, ils concèdent la présence d'ACAI chez les étudiants et relèvent toutefois plusieurs indicateurs leur permettant de les suspecter. Ces indicateurs sont en lien avec les habitudes alimentaires de leurs étudiants (mentionné par quinze enseignants), les changements physiques qu'ils « subissent » (mentionné par douze enseignants) ou encore le discours de leurs étudiants (identifié par onze enseignants).

Les enseignants interrogés se sont également exprimés sur la présence des facteurs de risque des TCA. L'ensemble des enseignants identifie la « pression » comme jouant un rôle important dans le développement des TCA, de même que l'influence des pairs, des médias et de la pratique sportive. Quatre enseignants soulignent d'ailleurs que les TCA sont le résultat d'un ensemble de facteurs. Lorsqu'interrogés sur l'influence des TCA chez leurs étudiants, les enseignants considèrent que les TCA peuvent avoir des répercussions majoritairement négatives d'un point de vue biopsychosocial, dépassant la sphère académique.

Par ailleurs, les enseignants semblent « mitigés » quant à leur rôle en lien avec la prévention des TCA, tout en reconnaissant qu'ils endossent plusieurs rôles face aux demandes explicites ou implicites des étudiants en situation de détresse. Ils reconnaissent, d'une part, qu'ils constituent des personnes privilégiées pour écouter les étudiants, être attentifs aux changements qu'ils peuvent vivre. Ils mentionnent aussi l'importance d'être au fait des difficultés pouvant être vécues par les étudiants, et qu'ils ont le devoir de s'informer eux-



mêmes, de les informer et de les référer au besoin. Ce rôle aux multiples facettes est relevé par vingt et un enseignants. Sept enseignants proposent même des actions concrètes. D'autre part, trois enseignants mentionnent que leur rôle en tant qu'enseignants ne se situe pas dans la détection et la prévention des TCA. D'ailleurs, plusieurs expliquent qu'il est difficile pour eux de le faire et ils imaginent mal la façon d'y arriver. Cet élément est appuyé par le constat du manque d'outils dont ces enseignants disposent au regard des TCA.

Finalement, il ressort des groupes de discussion que les TCA représentent une problématique complexe. Plusieurs enseignants insistent sur l'importance de ne pas tirer de conclusions hâtives basées sur la présence d'un indicateur seulement. Six enseignants partagent une réflexion plus personnelle sur la ressemblance qu'il peut exister entre les préoccupations de leurs étudiants et leurs propres préoccupations, précisant qu'ils peuvent malgré eux participer au maintien de certaines représentations. Ces réflexions amènent les enseignants à reconnaître en grande majorité l'apport de la recherche et expriment leur intérêt à recevoir davantage d'information pour accompagner au mieux leurs étudiants.

#### 4.3 Mise en comparaison des résultats des deux phases de la recherche

Pour faire suite à la présentation des résultats des deux phases de la recherche, une mise en comparaison des résultats est proposée. Les deux phases de la recherche nous ont permis d'investiguer un même problème selon deux points de vue. Ainsi, les résultats quantitatifs, issus de la première phase de la recherche, nous permettent d'abord de dresser un premier portrait : celui des TCA vécus par les étudiants qui prennent la forme d'ACAI et de leurs facteurs d'influence. Par la suite, les résultats issus de la phase qualitative nous permettent de dresser un deuxième portrait des TCA en contexte collégial, celui « dessiné » par les enseignants à propos de leurs étudiants.

Lorsque l'on croise les deux portraits dressés, plusieurs similitudes et différences en ce qui a trait aux proportions d'étudiants concernés par les TCA et les ACAI ressortent. Concernant la présence de TCA, aucun cas n'est relevé chez les étudiants, alors que les enseignants estiment que potentiellement plus de 50 % des étudiants seraient concernés, sans nécessairement faire la distinction entre les TCA et les ACAI. En ce qui concerne les ACAI, les résultats des analyses quantitatives mettent en avant que la moitié des étudiants présenteraient des ACAI qui prennent la forme de comportements de suralimentation, du recours aux régimes et de la pratique d'une activité physique dans le but de perdre du poids. De leur côté, les enseignants estiment qu'une grande majorité des étudiants présentent des ACAI ou « *comportements problématiques intermédiaires* », comme ils le nomment. Sans pouvoir réellement se positionner, ils évoquent des proportions de 1 à 60 % des étudiants, et plusieurs enseignants parlent de « la moitié des étudiants » qui seraient concernés. Cela peut ainsi se rapprocher des données quantitatives qui indiquent que 50 % des étudiants présentent des ACAI. Il convient également de relever que les enseignants évoquent la présence de la mauvaise alimentation tant du point de vue de la nature des aliments ingérés que des quantités, mais aussi de comportements plus restrictifs chez leurs étudiants. Ils parlent également de l'obsession pour le sport et des raisons de pratique tournant autour de la perte de calories, plutôt que le plaisir. Ces observations sont proches des résultats mis en évidence auprès des étudiants. Par contre, si les enseignants estiment que ce sont les sportifs qui sont les plus concernés dans le collège, en raison des attentes liées à leur discipline, les résultats obtenus avec les étudiants ne permettent pas de valider ces perceptions.

En ce qui a trait aux facteurs d'influence des ACAI, la pression de performance sportive, de minceur et académique apparaissent comme présents au sein de la population étudiante. Les femmes perçoivent plus de pression de minceur, alors que les hommes perçoivent plus de pression de performance sportive. Dans les deux cas, les résultats propres à l'échantillon

d'étudiants montrent que cette pression est avant tout perçue comme venant des étudiants eux-mêmes. Les résultats obtenus auprès des enseignants, quant à eux, mettent en évidence que ces derniers estiment que les étudiants « *se mettent beaucoup de pression* », perçoivent de la pression dans différentes formes et identifient cette pression comme pouvant jouer un rôle dans le développement des ACAI. Finalement, l'intensité de pratique apparaît aussi comme un facteur d'influence des ACAI chez les étudiants. Les enseignants, quant à eux, font aussi référence à la pratique sportive et ses attentes, comme un facteur pouvant expliquer que les hommes aient recours à différentes techniques de perte ou de prise de poids, mais ne mentionnent pas l'intensité de la pratique.

Ce chapitre a présenté les résultats selon les deux phases de la recherche correspondant chacune à un portrait des ACAI dans le contexte du collégial. Le premier portrait décrit les ACAI chez les étudiants, le deuxième les ACAI selon les enseignants. Ces résultats sont discutés dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION

Si les TCA représentent un problème de santé publique qui concerne notamment le domaine de l'éducation, la tendance à les concevoir selon une approche catégorielle, peu adaptée à cette réalité, fait en sorte qu'ils sont peu considérés. En revanche, l'approche dimensionnelle des TCA, illustrée par un continuum de sévérité ou continuum des ACAI, permet de rejoindre la réalité des étudiants. Selon ce continuum, les TCA s'apparentent à l'extrémité clinique, alors que les ACAI, plus fréquemment observés en population générale, se situent quant à eux au milieu du continuum (Mintz et Betz, 1988). Lorsqu'ils sont pris en compte par les enseignants, les ACAI, qui se définissent comme un ensemble d'attitudes et comportements alimentaires inappropriés, comme l'insatisfaction corporelle, le désir de minceur, le recours à des régimes amincissants ou encore la consommation de laxatifs par exemple, peuvent devenir des éléments observables liés aux comportements à risque des étudiants.

Si les TCA sont largement étudiés dans les périodes identifiées comme des pics d'émergence, soit la puberté, les périodes dans lesquelles les individus sont plus vulnérables aux ACAI, comme les périodes de transition, le sont moins. De la même façon, une absence de données sur le niveau de connaissances en santé mentale des enseignants liée aux ACAI, peut-être constatée. Pourtant, l'importance des connaissances des

enseignants dans ce domaine est majeure, considérant que les ACAI vont influencer tant les étudiants que les enseignants, dans la mesure où ces derniers en perçoivent les manifestations chez leurs étudiants et peuvent intervenir sur celles-ci.

À partir de ces constats, l'objectif principal, et novateur, de cette recherche doctorale était, pour la première fois à notre connaissance, de documenter les TCA dans ce contexte éducatif, selon les deux « protagonistes » concernés soit, les étudiants, qui vivent les TCA et les enseignants, qui vont indirectement être touchés dans leur pratique et qui peuvent les prévenir. Ces deux aspects renvoient en fait aux deux faces d'une même médaille qui reflètent une même réalité, mais appréhendée selon deux points de vue, à la fois complémentaires et indissociables, pour comprendre les TCA dans un collège. Cette recherche a donc été construite autour de deux grandes phases, investiguant chacune une face de cette médaille.

Cette discussion s'articule autour de trois axes d'analyses. Le premier axe, correspondant au premier objectif de recherche, s'intéresse au vécu des étudiants, interprété en partie à la lumière des perceptions des enseignants. Le deuxième axe, en lien avec le deuxième objectif de recherche, vise à discuter les résultats propres aux enseignants en partie grâce au cadre théorique utilisé pour les étudiants. Finalement le troisième axe s'inscrit dans une visée intégrative, prospective, et propose des recommandations issues de l'interprétation des résultats des deux phases de la recherche ou du croisement des deux portraits dressés dans cette thèse.

### 5.1 Premier axe : les ACAI chez les étudiants

Dans la première phase de cette recherche, le premier objectif était de décrire les ACAI vécus chez les étudiants. Deux sous-objectifs étaient identifiés ; le premier visait à comparer les ACAI et leurs facteurs d'influence chez les femmes et les hommes du collégial alors que le second avait comme ambition d'identifier les facteurs d'influence qui prédisent les ACAI. En lien avec le premier sous-objectif, les résultats descriptifs mettent en évidence que sans présenter de TCA cliniques selon les critères du DSM-5 (APA, 2013), 50 % des étudiants interrogés présentent des ACAI dans diverses formes. Plus précisément, ils présentent des ACAI de type restrictif tels que les régimes restrictifs et l'utilisation de la pratique sportive à des fins de perte de poids, ainsi que des ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif comme les crises de suralimentation et l'attitude boulimique, principalement. Ces ACAI se retrouvent généralement en population générale, ce qui correspond ainsi à notre échantillon. Ces chiffres peuvent être mis en relation avec les études antérieures faisant ressortir que les comportements de contrôle du poids les plus fréquemment retrouvés chez les étudiants seraient le recours aux régimes et la pratique sportive (Loth et *al.*, 2014 ; Mañano et *al.*, 2015). Il est ainsi possible d'envisager que notre échantillon collégial pourrait être représentatif de ce que l'on peut observer en population générale.

Toutefois, les fréquences rapportées dans la présente recherche sont moins élevées que dans les autres études. Ainsi, compte tenu de la nature des ACAI rapportés et les données anthropométriques des étudiants, soit leur IMC, il est probable que la réalité des ACAI en contexte collégial dans cette étude soit sous-évaluée (Ackard et *al.*, 2007 ; Neumark-Stzainer et *al.*, 2011).

En effet, on peut se demander si, bien que la passation se soit déroulée dans une aire de confidentialité, compte tenu de la nature des questions posées, les étudiants n'ont pas caché certains ACAI moins socialement acceptés, comme les vomissements provoqués par exemple, contrairement à la pratique sportive, qui elle est socialement valorisée (Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013 ; Miles, 2007 ; Penedo et Dahn, 2005). Ces éléments pourraient, par exemple, expliquer que malgré la présence de suralimentation rapportée chez 30 % des étudiants, 60 % des étudiants soient considérés à poids normal : ils ont peut-être recours à des comportements compensatoires inappropriés non rapportés.

Par ailleurs, le surpoids relevé chez 12 % des étudiants pourrait être attribué à la nature des activités pratiquées. En effet, la majorité des étudiants s'adonnent à une activité physique de façon régulière et, parmi ces activités, plusieurs peuvent être considérées comme des activités dites de prise de poids. Il semble alors justifié que les étudiants, tant sportifs que non sportifs, par l'investissement dans des types de sport tels que le hockey, le baseball ou encore le CrossFit pèsent « plus lourd » et se retrouvent ainsi dans des catégories de poids allant du surpoids à l'obésité. La masse maigre, qui renvoie à la densité osseuse et musculaire, étant une fois et demie plus lourde que la masse grasseuse (Mosley, 2009), l'IMC pourrait être le reflet d'une pratique spécifique d'un type de sport ou d'une discipline sportive plutôt que d'une suralimentation. En effet, une distinction entre les différents types de pratiques sportives peut être faite, sachant que dans les pratiques sportives longilignes (comme la gymnastique), les enjeux de performance liés à l'IMC diffèrent étant donné l'absence de catégorie de poids (Bonanséa et *al.*, 2016 ; Martinsen et *al.*, 2010). Cette donnée pose alors question quant à l'utilisation de l'IMC pour évaluer la caractéristique biologique des étudiants et appelle à la précaution dans l'interprétation de cette donnée, qui peut donc considérablement varier, et ce, surtout chez des sportifs.

Bien que les données autorapportées recueillies auprès des étudiants présentent des limites méthodologiques inhérentes à ce type d'instrument, il est intéressant de noter que les enseignants dépeignent sensiblement le même portrait de leurs étudiants que celui dressé à partir des questionnaires psychométriques. Les enseignants estiment que certains étudiants présentent ou ont présenté des TCA, mais semblent penser que les ACAI ou « comportements intermédiaires » comme ils les nomment, concernent plus de la moitié de leurs étudiants et reflètent davantage la réalité du collègue. Il est donc possible de constater que la perception des enseignants se rapproche de la réalité des étudiants au-delà d'une interprétation purement clinique utilisant le DSM-5.

#### 5.1.1 Entre contrôle et perte de contrôle

Notre première hypothèse de recherche suggérait que les femmes présentaient plus d'ACAI que les hommes. Cette hypothèse est partiellement confirmée. Plus précisément, la pratique sportive à des fins de comportement compensatoire visant à prévenir la prise de poids est le seul ACAI de type restrictif pour lequel une différence entre les femmes et les hommes est observée. Les femmes sont donc plus nombreuses que les hommes à utiliser la pratique sportive à des fins de comportement compensatoire, pouvant alors se rapprocher de l'exercice physique excessif (Shroff et *al.*, 2006). Ce résultat va dans le même sens que les études antérieures, indiquant que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à s'engager dans une poursuite de la minceur et ainsi à recourir à des comportements visant la perte de poids comme la pratique sportive (Loth et *al.*, 2014 ; Neumark-Sztainer et *al.*, 2011). De plus, ce résultat pourrait être en partie attribué au fait que, dans notre échantillon, les hommes sont, comparativement aux femmes, plus nombreux à pratiquer un sport dans une visée de compétition. Ainsi, leur motivation, telle qu'exprimée dans les questionnaires, résiderait principalement dans la recherche de performance et non la perte de poids, ce qui serait donc en adéquation avec l'idée que les femmes vont davantage utiliser la pratique



sportive comme un comportement compensatoire inapproprié, contrairement aux hommes (Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013).

Concernant les ACAI de type congruent, contrairement aux études antérieures, très peu de résultats peuvent être observés dans l'échantillon de la présente étude, tant du point de vue de la présence de ces ACAI, que des différences entre les hommes et les femmes (Maïano et al., 2015 ; Stice et al., 2008). Cette absence de résultats nous amène à nous questionner sur les raisons pour lesquelles le désir de minceur et l'insatisfaction corporelle ne sont pas rapportés chez les étudiants. Une des raisons qui pourrait expliquer ce résultat réside dans les changements actuels sociétaux entourant les canons de beauté (Rochaix et al., 2017). Aujourd'hui, la minceur pourrait devenir un terme trop restrictif n'englobant pas la recherche de musculation pour les hommes ou encore les corps plus « voluptueux » observés chez de nombreuses actrices actuellement, pour les femmes. Ainsi, l'EDI-A-24, par ses items, ne permet pas d'évaluer le désir de minceur ou plutôt de beauté, de musculation qui constitue la norme aujourd'hui. Cette interprétation peut être appuyée par des réponses obtenues dans cette recherche. En effet, les femmes expriment pratiquer un sport dans le but de perdre du poids, ce qui signifie que le désir de minceur est donc présent chez ces femmes, bien que non rapporté. Par contre, il n'est peut-être pas perçu comme tel considérant que des disciplines comme le CrossFit, associées à des corps musclés plutôt que minces, sont de plus en plus pratiquées. Chez les hommes, on peut supposer que la plupart ne souhaitent pas maigrir, mais plutôt prendre de la masse musculaire (Smolak et al., 2005 ; Turcotte, 2016). Il serait donc intéressant de chercher à évaluer spécifiquement cet aspect du désir de beauté.

Par ailleurs, l'absence de résultats en lien avec l'insatisfaction corporelle suscite également notre curiosité dans la mesure où, parmi les questions posées aux étudiants, les seules comportant des données manquantes sont en lien avec le poids et la taille. Nous pouvons

ainsi supposer que la non-complétion de cet item est volontaire et qu'elle reflète une sensibilité des étudiants à parler de leur poids, témoignant d'une insatisfaction du poids voire de la forme corporelle inhérente aux ACAI. De la même façon, il est questionnant qu'aucun résultat ne ressorte pour l'insatisfaction corporelle, étant donné que les étudiants déclarent être engagés dans des régimes et tentent de perdre du poids par la pratique sportive, malgré un poids normal : ils sont donc insatisfaits de leur corps (Mustapic et *al.*, 2015).

Cependant, cette absence de résultats pour l'insatisfaction corporelle pourrait, en partie, être expliquée par l'âge des participants. En effet, comme suggéré par Izydorczyk et Sitnik-Warchulsa (2018), ou encore Mäkinen et *al.* (2012), Shroff et Thompson (2006) ou Botta (2003), l'insatisfaction corporelle, notamment chez les femmes, pourrait être liée au développement psychosexuel et serait donc plus importante pendant l'adolescence contrairement au début de l'âge adulte ou pendant la période de l'adulte émergent. Malgré le désir de se conformer aux normes sociétales et l'écart perçu entre son corps et ces idéaux, les étudiants pourraient accepter avec cette insatisfaction sans que celle-ci ne soit envahissante et donc synonyme de TCA (Rochaix et *al.*, 2017). Cette idée renforce l'intérêt de s'attarder aux ACAI pour éviter le développement d'un trouble plus sévère.

Concernant les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif, aucune différence n'est observée entre les hommes et les femmes. En dehors de la suralimentation, très peu d'étudiants déclarent avoir recours à ce type d'ACAI. Comme abordé dans le deuxième chapitre, ce résultat pourrait être spécifique de la population générale. Il est en effet moins fréquent de retrouver des ACAI tels que les vomissements provoqués, la consommation de laxatifs ou encore le recours au lavement dans des populations générales comparativement à des populations cliniques (Steffen et *al.*, 2007 ; Vaz-Leal et *al.*, 2011). Cette observation confirme l'importance et la pertinence de s'intéresser aux ACAI plutôt qu'aux TCA

cliniques, mais aussi de considérer les ACAI comme différents sous-types regroupant des comportements dominants plutôt que comme des comportements distincts, augmentant le risque de sous-évaluer leur présence. Par ailleurs, en l'absence de résultats notons tout de même la présence de crise de suralimentation rapportée chez 22 % des femmes et 8 % des hommes. Dans la présente étude, les étudiants rapportent que ces crises sont en lien avec le stress et les émotions négatives vécus lors des périodes d'examen ou encore comme ayant lieu après des entraînements, particulièrement chez les sportifs « élites ». Chez les sportifs, ce résultat éveille la question de crise de suralimentation en lien avec la dépense énergétique, plutôt qu'au sens « ACAI » du terme. Chez les étudiants non sportifs, cette crise pourrait plutôt être le reflet de l'absence de stratégie d'adaptation ou de gestion émotionnelle.

D'autre part, il convient de préciser la nature subjective de cette crise, qui n'est que rapportée par les étudiants et ne peut donc pas être quantitativement vérifiée. En effet, ces taux issus de données autorapportées n'ont pas été précisés à l'aide d'un entretien clinique. Il est ainsi difficile de distinguer la crise objective, équivalente à l'ingestion de 2 000 calories en 2 heures générant trois des cinq sous-critères du DSM-5, de la crise de suralimentation subjective, perçue par l'étudiant comme telle, mais pouvant ne pas correspondre aux critères précités (Callahan et *al.*, 2003 ; Rojo et *al.*, 2017). Cependant cette information demeure importante dans le sens où, la présente thèse ne cherche pas à poser un diagnostic de TCA, mais plutôt à décrire le vécu des étudiants en lien avec l'alimentation et les préoccupations corporelles. Ainsi, même si la crise rapportée ne correspond pas à celle décrite dans le DSM-5, la mention de la crise par l'étudiant nous amène à nous questionner sur son importance pour lui traduisant les préoccupations corporelles et des émotions négatives, ces deux éléments étant au cœur des ACAI. De plus, lors des groupes de discussion, les enseignants dans leurs observations et perceptions des étudiants rapportent en grand nombre la présence de comportements de suralimentation

observés en classe, voire directement rapportés dans le discours des étudiants racontant leur fin de semaine, par exemple. Bien que la limite des critères objectifs de la crise de suralimentation puisse encore être nommée, il est possible d'envisager que ce regard complémentaire permette de confirmer en partie ces résultats.

#### 5.1.2 Des interactions psychosociales pouvant expliquer la présence d'ACAI dans le collègue

Notre deuxième hypothèse de recherche supposait des différences entre les femmes et les hommes quant à la présence et l'intensité des facteurs d'influence des ACAI tant psychologiques que sociaux. Cette hypothèse est en partie confirmée. Concernant d'abord les facteurs d'influence psychologiques, aucune différence entre les hommes et les femmes n'est relevée. Aucun score n'est de plus supérieur aux scores coupures de l'EDI, ce qui semble indiquer que les étudiants de cet échantillon ne présenteraient pas ces traits de personnalité pouvant influencer le développement des ACAI. Ce résultat est somme toute surprenant, notamment au niveau du sentiment d'inefficacité et du perfectionnisme, étant donné que les enseignants semblent observer une recherche de performance et de perfection chez leurs étudiants ainsi qu'une faible estime de soi, et ce, peu importe le programme d'études. Par contre, ces résultats pourraient être mis en lien avec l'étude prospective de Killen et al. (1996), qui suggèrent que le sentiment d'inefficacité pourrait en fait être secondaire aux TCA. Ainsi, à la lumière du modèle des « 3 P », le sentiment d'inefficacité constitue davantage un facteur perpétuant de TCA, et dans la mesure où les étudiants de notre échantillon ne présentent pas de TCA clinique, ce facteur ne se manifeste pas (Garnfinkel et Garner, 1983). Il est envisageable que le même parallèle puisse être fait avec le perfectionnisme.

En ce qui concerne les facteurs d'influence sociaux, comme attendu, il ressort dans cette thèse que les étudiants du collégial sont soumis à plusieurs types de pression provenant de différentes sources, internes et externes. Des différences sont observées entre les femmes et les hommes, tant du point de vue de la perception de cette pression que de sa forme.

Comme attendu, les femmes ressentent plus de pression pour être minces que les hommes (Cafri et *al.*, 2006 ; Choate, 2005). Plusieurs pistes peuvent être considérées afin d'expliquer ce résultat. Tout d'abord, il existe une pression sociale plus forte envers les femmes, pour qui il est attendu sur le plan sociétal d'être minces, performantes sur tous les fronts (Boone et *al.*, 2011 ; Monthuy-Blanc et *al.*, 2018a). Ensuite, la pression de minceur peut-être liée à l'internalisation de l'idéal de minceur, qui se développe plus tôt, et qui est également plus présent chez les femmes que chez les hommes (Rochaix et *al.*, 2017). Ainsi, depuis le début de l'adolescence, les femmes internalisent les idéaux de beauté véhiculés par la société et ressentent une pression de se conformer à ces standards (Rochaix et *al.*, 2017).

Au-delà de l'internalisation de l'idéal de minceur, la différence observée entre les femmes et les hommes en ce qui a trait à la pression de minceur pourrait également être liée au construit évalué. Il est probable que les hommes soient en fait moins soumis aux pressions de minceur, mais plus soumis à celles de musculation et d'atteinte d'un corps musclé, dessiné, tel que suggéré dans l'étude de Smolak et al. (2005) ou encore de Turcotte (2016). Ainsi, la faible proportion d'hommes ayant indiqué percevoir une pression de minceur (11 sur 48) pourrait aussi relever de la formulation de la question elle-même, portant sur une pression moins adaptée à la réalité des hommes, qui ne veulent pas perdre du poids, mais prendre de la masse musculaire (Mellor et *al.*, 2009 ; Tucker et *al.*, 2011).

Par contre, les hommes quant à eux, perçoivent plus de pression liée à la performance sportive. Au regard des écrits scientifiques, il est possible de se demander si la pression de performance sportive n'englobe pas cette pression de minceur, qui dans le domaine du sport de performance est intimement liée à la pression de performance (Giel *et al.*, 2016 ; Kong et Harris, 2014 ; Martinsen et Sundgot-Borgen, 2013). De nombreuses études ont, à ce sujet, documenté le « corps sportif » et la pression induite par le contexte de performance qui amène les sportifs à vouloir se conformer à certains canons morphologiques, reconnus pour favoriser les performances, développant ainsi de l'anxiété physique sociale, de l'insatisfaction corporelle (Bonanséa *et al.*, 2016 ; Currie, 2010 ; Ismailova et Gazdowska, 2016 ; Maïano *et al.*, 2015 ; Martinsen *et al.*, 2010 ; Suffolk, 2014). La pression de minceur, à comprendre comme la pression du corps parfait, pourrait ainsi être cachée dans le concept de pression de performance chez les hommes.

Par ailleurs, le fait que seuls les hommes perçoivent cette pression de performance sportive pourrait s'expliquer par l'absence de pratique de haut niveau institutionnalisée chez les femmes. Pour reprendre le modèle étiologique des « 3 P » de Garfinkel et Garner (1983), la pratique sportive de performance a un effet pervers et précipitant, voire perpétuant, sur le développement d'ACAI (Currie, 2010 ; Giel *et al.*, 2016). Cela pourrait d'ailleurs être mis en parallèle avec le fait que les enseignants mentionnent cette pression chez leurs étudiants, mais qu'ils font davantage référence aux garçons lorsqu'il est question de la pratique sportive et d'un modèle sociétal pour les femmes. Le regard des enseignants pourrait aussi être expliqué par la prépondérance masculine de sportifs de haut niveau dans le collège comparativement aux femmes. Ainsi dans une institution qui accorde une place privilégiée au sport de performance, il est intéressant de regarder ce résultat pour tenter de pallier cette pression.

En lien avec la performance académique, 40 % des étudiants interrogés témoignent ressentir cette pression. L'absence de différence entre les femmes et les hommes pourrait être le fait de la généralisation de la culture de performance académique, notamment liée à la cote R, fréquemment nommée par les étudiants et les enseignants. À ce sujet, il est intéressant de noter que les étudiants font preuve de jugement critique dans la mesure où ils distinguent la pression de la cote R, de la pression induite des enseignants en ne nommant que rarement ces derniers comme attisant ou contribuant à la perception de cette pression. Les étudiants démontrent une compréhension que la cote R ne relève pas de l'établissement, mais bien d'une culture sociétale. De la même façon, si les étudiants inscrits dans des filières techniques témoignent d'une difficulté à gérer les activités scolaires, familiales ainsi que leur travail, ils mettent aussi de la distance avec le corps enseignant, qui n'est de nouveau, pas identifié comme un agent stressant. Ce constat est à retenir si l'on souhaite que les enseignants interviennent comme des facteurs protecteurs, des autres significatifs ; il semble alors important qu'ils ne soient pas identifiés comme des « stresseurs ».

Enfin, en ce qui a trait à l'intensité de pratique sportive, si celle-ci constitue un facteur d'influence majeur dans le développement et le maintien d'ACAI (Beals et Hill, 2006 ; Bonanséa et *al.*, 2016 ; Thompson et *al.*, 2017), les résultats de notre étude indiquent que les hommes s'entraînent significativement plus que les femmes. Les hommes, dans notre échantillon, pratiquant davantage dans une visée de compétition, il semble alors admis qu'ils investissent plus de temps dans leur pratique.

Considérant l'influence de l'intensité de pratique sur le développement d'ACAI, il faut donc faire preuve de vigilance, d'autant plus que les sports pratiqués soit le hockey ou le baseball, bien que non identifiés à ce jour comme à risque pour les TCA ; sont associés à un risque d'hypertrophie ou de comportements obsessionnels-compulsifs (Grieve, 2007 ;

Mosley, 2009 ; Pope et *al.*, 1997). D'ailleurs, les étudiants témoignent, en effet, de l'importance de l'entraînement et de la musculation pour la performance, qui semble prendre beaucoup d'espace dans leur vie et qui est motivée par l'accès éventuel aux équipes américaines. À l'image des études antérieures, il est donc possible de constater la présence d'une sous-culture propre au milieu sportif dans lequel les croyances liées à la performance sont présentes, véhiculées et maintenues (Bratland-Sanda et Sundgot-Borgen, 2013). Ces croyances sont entretenues/exacerbées par les médias, dans la façon de montrer le corps des athlètes, faisant ainsi passer le message que tous les moyens sont bons pour arriver là, et que la consommation de substances telles que des stéroïdes ou l'exercice excessif sont gages de succès (Audy et *al.*, 2014). Cette idée est en partie soutenue par le fait que les enseignants, dans les groupes de discussion ont démontré une préoccupation quant au type de pratique sportive et son effet sur les ACAI, plus que sur l'intensité de pratique. Ils sont conscients des enjeux entourant le sport de performance et des attentes liées à la pratique du hockey, par exemple. Il serait donc pertinent de se servir de ces « connaissances » pour mettre en place des interventions.

En ce qui a trait aux sources des pressions perçues, bien que les étudiants soient au collège, et donc des adultes émergents, les parents semblent toujours avoir une influence sur leurs perceptions, leurs attentes. Ce qui nous amène à penser que bien qu'en développement de leur autonomie, les parents demeurent des sources influentes pour ces étudiants, surtout lorsqu'il est question de la performance. Cela pourrait être le reflet d'un surinvestissement des parents dans la réussite de leurs enfants, qui contribue au développement des ACAI (Monthuy-Blanc et *al.*, 2010).

Il est également possible de se questionner sur le rôle des réseaux sociaux, qui représentent la source la plus commune d'information à propos de l'apparence pour les étudiants (Izydorcyk, 2018). Certaines étudiantes mentionnent d'ailleurs que les médias et les



réseaux sociaux sont à l'origine de la pression de minceur qu'elles perçoivent. Ce point peut être mis en parallèle avec l'avis des enseignants, qui font ressortir en grande majorité que les médias et les réseaux sociaux seraient à l'origine des comportements des étudiants et de la pression qu'ils perçoivent. Rappelons aussi qu'ils évoquent la possibilité que les étudiants ne fassent pas preuve d'assez de recul ou de jugement critique pour reconnaître que leurs sources d'information ne sont pas toujours les meilleures. Par conséquent, il existe une concordance entre la réalité vécue par les étudiants et celle perçue par les enseignants.

Finalement, il convient de noter que si les étudiants identifient des sources de pression extrinsèques, tels que la société ou les parents, la première source de pression perçue est avant tout intrinsèque. Ils s'identifient eux-mêmes comme la source la pression qu'ils perçoivent, avant leurs parents, amis ou autres autrui, et ce quelque soit le type de pression. Ainsi, on peut supposer que les pressions perçues émanent d'abord de l'environnement immédiat, tel que la famille, puis sont progressivement internalisées par les étudiants, contribuant ainsi au développement de traits plus perfectionnistes, voire potentiellement de l'anxiété de performance.

En lien avec le deuxième sous-objectif, les troisième, quatrième et cinquième hypothèses de recherche envisageaient des liens entre les facteurs d'influence psychosociaux et les ACAI. Les résultats de cette recherche concordent avec ceux des recherches antérieures. Plus précisément, en ce qui concerne les facteurs d'influence psychologiques, les modèles de régressions linéaires ont indiqué que le sentiment d'inefficacité prédit les ACAI de type congruent, soit le désir de minceur et l'insatisfaction corporelle. Ces résultats peuvent être interprétés à la lumière de l'étude de Garner, en 1983, qui placent le sentiment d'inefficacité au cœur du développement des ACAI. Ainsi la présence d'un sentiment d'impuissance et une estime globale de soi faible pourrait amener l'étudiant à se sentir

inefficace dans tous les aspects de sa vie, dont son apparence, développant ainsi une insatisfaction corporelle et un désir de minceur. L'étudiant, par les tentatives mises en place pour faire diminuer ces ACAI, pourrait faire diminuer ce sentiment d'inefficacité (Maïano et al., 2009).

Les résultats des régressions ont par la suite montré que le perfectionnisme, la conscience intéroceptive et le sentiment d'inefficacité prédisent, quant, à eux les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif comme l'attitude boulimique. Ces résultats sont somme toute assez logiques et appuyés par les écrits scientifiques (Lowe et Butryn, 2007 ; Wilfley et al., 2003). Depuis les années 1990, le perfectionnisme est reconnu pour prédire l'apparition de comportements hyperphagiques et de purge (Downey et Chang, 2007 ; Joiner et al., 1997). Selon certaines recherches, le perfectionnisme pourrait lui aussi jouer un rôle sur la relation entre les ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif et le sentiment d'inefficacité, par la mise en place par l'étudiant de standards inaccessibles qui « alimenteraient » le sentiment d'impuissance et les émotions négatives, comme démontré par Shafran en 2002. Cette relation est d'autant présente chez les personnes insatisfaites de leur corps (Downey et Chang, 2007). Brannan et al. (2009) ont d'ailleurs mis en évidence que certaines dimensions du perfectionnisme (les préoccupations en lien avec les erreurs) sont liées à l'insatisfaction corporelle, et mènent en conséquence à des ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif. Le sentiment d'inefficacité est, quant à lui, associé à des émotions négatives que l'étudiant va tenter de contrer dans la suralimentation, qui peut elle-même être exacerbée par l'absence de conscience intéroceptive (Izydorczyk, 2013). Les résultats de cette recherche sont donc en accord avec les écrits scientifiques. Il serait pertinent de chercher à documenter davantage cet aspect en déterminant par exemple les liens de médiation et de modération entre ces variables surtout dans un contexte de transition comme le collégial qui est au départ fertile à l'émergence et au maintien de ces facteurs d'influence, selon les modèles explicatifs des ACAI (Garfinkel et Garner, 1982).

Concernant les facteurs d'influence sociaux, les résultats mettent en évidence que la pression de minceur prédit à la fois les ACAI de type congruent, mais aussi les CCI de type accès hyperphagiques/purgatif. Ces résultats pourraient signifier que les étudiants, face à la pression de minceur, trouvent dans la suralimentation et la purge une façon de gérer la pression, plus efficace que dans la restriction. Ce résultat est à mettre en relation avec les données sur le trouble d'accès hyperphagiques qui peut être expliqué par la tendance des individus à trouver des mécanismes dysfonctionnels de gestion de la pression (Izydorczyk, 2013 ; Yanovski, 2003). Ainsi, les étudiants, en réponse à la pression perçue, qu'elle soit de minceur ou académique, pourraient tenter de se restreindre pour répondre à ces attentes, mais n'y parvenant pas, ils céderaient aux ACAI de type accès hyperphagiques/purgatif (Izydorczyk, 2013 ; White *et al.*, 2009).

Ces données sur les liens qui peuvent exister entre la pression de minceur perçue peuvent être mises en parallèle avec ce qui ressort des groupes de discussion composés d'enseignants, à savoir cette idée de lutte entre le contrôle, la restriction et la perte de contrôle qu'ils observent chez leurs étudiants. Rappelons que les enseignants mentionnent, à cet égard, que les étudiants démontrent un certain contrôle dans leur attitude, quant à l'image qu'ils désirent renvoyer. Mais pour les enseignants, cette recherche de contrôle constante laisse supposer que ces étudiants, à un moment, ne peuvent probablement plus se contrôler et cèdent ainsi à des comportements plus « désordonnés » se manifestant entre autres dans la façon de s'alimenter.

En ce qui concerne la pression de performance sportive, les résultats mettent en lumière que celle-ci prédit l'insatisfaction corporelle. Ces résultats font écho aux recherches de Maiano, Morin, Lanfranchi et Therme (2015) notamment, qui comme leurs prédécesseurs (Prichard et Tiggemann, 2005 ; Haase, 2009), démontrent que la pratique d'un sport dans lequel l'accent est mis sur l'apparence et le poids contribuerait à la pression perçue

implicite ou explicite chez les individus, de même qu'à une comparaison sociale. Cela augmenterait leur désir de perdre du poids et leur niveau d'insatisfaction corporelle (Giel et *al.*, 2016). Ainsi, la pression de performance sportive amènerait l'étudiant à remettre en question son apparence, son corps qui est considéré comme un objet permettant d'atteindre la performance et à développer des ACAI pour y parvenir.

Finalement, en ce qui a trait à l'intensité de pratique, les résultats ont mis de l'avant que ce facteur d'influence prédit les ACAI de type restrictif, comme les régimes et la consommation de médicaments coupe-faim. Il est possible de présumer que l'intensité de pratique serait déjà associée à la restriction et au contrôle et qu'ainsi, les étudiants auraient tendance à rester dans ce patron de fonctionnement. Nous pourrions de même envisager que l'influence de l'intensité de pratique sur les ACAI de type restrictif serait plus grande chez les étudiants sportifs que chez les non sportifs, qui comme le soulignent Ismailova et Gazdowska (2016), présentent des caractéristiques psychologiques qui favorisent le développement de ce type d'ACAI, dans la recherche de performance.

À la lumière du modèle biopsychosocial, ces résultats nous amènent donc à conclure à la présence de facteurs biopsychosociaux dans le collège, qui interagissent entre eux et peuvent influencer le développement d'ACAI de tous types (Polivy et Herman, 2002). De plus, les étudiants de ce collège ne présentent pas de TCA, cependant, ils se situent déjà sur le continuum des ACAI, et présentent donc des caractéristiques pouvant évoluer dans une forme plus sévère. Rappelons qu'il est important de connaître ces caractéristiques, car la présence d'ACAI et de facteurs d'influence des ACAI pendant l'adolescence, le début de l'âge adulte sont des prédicteurs de TCA à l'âge adulte, particulièrement, la pression de minceur, les préoccupations corporelles (Loth et *al.*, 2014).

Les résultats recueillis auprès des étudiants, mis en perspective par le regard des enseignants, permettent d'apporter un éclairage nouveau et une compréhension plus poussée des ACAI dans ce collège. En effet, en corroborant en partie les résultats quantitatifs, comme la présence d'une pression sociale par exemple, les enseignants nous amènent à considérer que la réalité vécue par les étudiants n'est pas que subjective, ou le résultat d'une interprétation personnelle de la réalité, étant donné qu'ils la perçoivent également. Ces derniers par leur position plus extérieure au problème ont probablement une vision plus objective et peut-être plus fine de ce qu'il se passe dans le collège. Comme mentionné par les enseignants, certains ACAI demeurent somme toute plus difficiles à percevoir chez les étudiants, comme les vomissements provoqués par exemple, car ils renvoient à une « *réalité invisible* ». Cependant, ils sont en mesure d'observer les éléments anxigènes, de maintien de conduites dysfonctionnelles, même si ces conduites ne sont pas perçues par les étudiants. Par exemple, les écarts existant entre la réalité vécue et perçue en ce qui a trait au niveau de perfectionnisme peuvent être expliqués par la tendance des étudiants à sous-évaluer leur niveau de perfectionnisme, dans la mesure où les enseignants, n'étant pas directement « touchés » sont en mesure de l'identifier chez leurs étudiants. Ces écarts peuvent aussi être expliqués par le niveau de connaissance en santé mentale des enseignants (Jorm, 2000).

## 5.2 Deuxième axe : les enseignants face aux ACAI, une position inconfortable

Le deuxième objectif de recherche visait à identifier et décrire les connaissances des enseignants en lien avec les TCA. En fait, nous avons cherché à identifier si les enseignants étaient capables de faire référence aux ACAI. Les résultats issus de la deuxième phase de la recherche abondent dans le sens des études antérieures, mais viennent également les préciser (Graham et *al.*, 2011 ; Knighsmith et *al.*, 2013). En effet, une des particularités de cette recherche est que nous avons proposé aux enseignants de définir eux-mêmes les TCA

qu'ils connaissent et non simplement de les amener à choisir parmi des choix de réponse. De cette façon, en plus d'identifier les éléments qui ne sont pas connus par les enseignants, il est possible de relever de façon plus précise les lacunes existant sur le plan des éléments de définition et de compréhension des enseignants.

### 5.2.1 Connaissances partielles des TCA

À titre de rappel, les enseignants ont été interrogés sur les connaissances qu'ils avaient, en lien avec les définitions des TCA, leur étiologie, les complications associées ou encore leur prévention. Les résultats permettent de mettre en évidence que les enseignants possèdent des connaissances partielles sur les TCA, de même que des croyances à ce sujet. Il est question dans cette section de discuter ces déclarées ainsi que la façon dont les enseignants les intègrent dans leur pratique. Notons que les extraits de *verbatim* présentés ci-après ne servent qu'à illustrer des propos.

- Définitions personnelles

Premièrement, l'interprétation des résultats qualitatifs permet de faire des liens avec les études antérieures (Currin et *al.*, 2009 ; Harshbarger et *al.* 2011 ; O'Dea et Abraham 2006 ; Turk et *al.*, 1999) notamment au niveau du manque de connaissances général des enseignants sur les TCA, mais aussi au niveau des éléments qui sont connus, par exemple les types de TCA.

Deuxièmement, dans la présente thèse, tout comme dans les autres études, les enseignants évoquent principalement l'anorexie mentale et la boulimie lorsqu'ils nomment les TCA qu'ils connaissent (Harsbarger et *al.*, 2011 ; Hunt et Rothman, 2007 ; Price et *al.*, 1990 ; Robinson et *al.*, 2013). Ce résultat pourrait peut-être s'expliquer par la tendance à ne parler principalement que de ces deux troubles dans les médias ou la société, ce qui induirait que

pour les enseignants, ces deux troubles sont les plus connus par les enseignants, au moins dans leur nom.

Troisièmement, si la majorité des enseignants affirment connaître les TCA, des lacunes existent en fait, dans les réponses qu'ils fournissent. Ces lacunes peuvent être identifiées tant au niveau des TCA nommés, que des définitions qu'ils en donnent. Considérant, par exemple, que huit troubles cliniques sont recensés dans le DSM-5 et que des troubles comme l'orthorexie ou la bigorexie font de plus en plus l'objet de recherche, le spectre de TCA que les enseignants pouvaient nommer était relativement grand (APA, 2013 ; McGregor, 2017 ; Mosley, 2009). Pourtant, de façon générale, les enseignants nomment de un à trois TCA. Parmi ces TCA, l'anorexie mentale et la boulimie sont donc principalement mentionnées et de même que plusieurs TCA qui n'existent pas. Certains évoquent, en fait, des TCA qui semblent être le fruit d'un amalgame entre des TCA existants comme la « *boulimirexie* » ou des troubles comme « *la dysphagie* ». L'obésité est également nommée. Les enseignants font parfois allusion à des comportements, des traits de personnalité lorsqu'ils évoquent un TCA. Il est, par exemple, question de TCA tels que « *rigidité obsessive* » ; « *mangeurs compulsifs* », « *prise de suppléments de toute sorte* ». Cela témoigne d'un manque de connaissance qui pourrait être influencé par les représentations des TCA associées généralement à l'alimentation.

Concernant les TCA de façon plus large, les enseignants ne les définissent pas toujours comme des troubles mentaux (APA, 2013 ; Fairburn, 2008). À titre d'exemple, une définition donnée renvoie à l'idée de « *Se priver de nourriture dans le but de perdre du poids ; manger de manière compulsive, par stress, ennui* ». Il arrive aussi que certains confondent les troubles ou associent des comportements au mauvais TCA. Par exemple, l'anorexie est définie par une enseignante comme « le fait de manger pour s'occuper ». Il est important de noter que, par contre, des enseignants donnent des réponses très justes,

comme « *Ces troubles sont catégorisés dans les troubles de santé mentale. Mauvaise perception de sa propre image corporelle, faible estime de soi, comme étant ancrés en soi. Très difficiles à gérer, car ils sont souvent présents depuis l'enfance ou l'adolescence.* »

En conclusion, il ressort de cette analyse que si les enseignants estiment connaître les TCA, ce n'est pas toujours le cas. Dans les TCA nommés, la façon de les définir, on devine la présence de croyances en lien avec ce que sont les TCA, qui influencent la façon de les comprendre. Il est important de relever que le continuum des TCA ou les ACAI ne sont pas mentionnés. Ce qui confirme l'idée qu'il est difficile de concevoir les TCA selon une approche dimensionnelle,

- Compréhension du fonctionnement des TCA

En ce qui concerne ensuite l'étiologie, contrairement à l'étude de Knighsmith et al. (2013), les enseignants dans notre étude, semblent connaître les facteurs influençant l'émergence des TCA. Ils nomment, par exemple, à juste titre, les perceptions négatives de soi, la société. Les facteurs d'influence biologiques sont d'avantages laissés de côté, mais ce constat n'est pas préoccupant dans la mesure où même certains professionnels de la santé, supposément formés aux TCA, possèdent eux aussi des lacunes à ce niveau (Robinson et al., 2013).

Ensuite, les enseignants interrogés sont capables de nommer les complications associées aux TCA et ils discernent très bien l'influence négative des TCA sur l'apprentissage des étudiants en allant même jusqu'à identifier des complications pouvant mener à l'hospitalisation, voire même à la mort. Plusieurs mentionnent que l'influence des TCA se ressent sur les sphères biopsychosociales de l'étudiant, ce qui renvoie tout de même à la définition même des TCA de Fairburn (2008). En outre, deux enseignants vont même jusque reconnaître que dans certains cas, les effets peuvent être positifs, ce qui renvoie à une compréhension assez fine des TCA, qui repose sur l'observation directe d'étudiants.



- Prévention et éducation

Par la suite, les connaissances des enseignants en lien avec les TCA ont également été investiguées du point de vue de la prévention. Il apparaît que les bonnes pratiques identifiées, notamment dans les études de Stice et Shaw (2004) ou Ciao et al., (2014), ne sont pas connues des enseignants. Plusieurs amènent des idées comme sensibiliser les étudiants sur les dangers de la sous-alimentation ou encore de les éduquer aux saines habitudes alimentaires ou de leur parler ouvertement des TCA. Ces suggestions renvoient à des stratégies s'apparentant à de la prévention de première génération qui sont à éviter, comme expliqué dans le chapitre 2 (INSERM, 2002 ; Levine et Smolak, 2005).

Certains évoquent des pistes prometteuses, sans nécessairement les associer à la prévention des TCA. Ils évoquent, par exemple, l'idée que les enseignants devraient aider les étudiants à développer leur sens critique, démystifier les croyances en lien avec la performance, l'alimentation, mais ces idées sont abordées dans une perspective globale d'enseignement et non de prévention des TCA. À ce sujet, Turk et al., en 1999, montraient déjà que la prévention et l'intervention sur les TCA étaient peu connues des intervenants. Ces résultats sont somme toute assez logiques, considérant que ces enseignants n'ont pas nécessairement reçu de formation sur les TCA.

En guise de conclusion à cette section, les résultats mettent en lumière que, malgré des connaissances partielles, voire confuses, les participants dans cette recherche semblent posséder plus de connaissances sur les TCA que dans les études antérieures, en ce qui concerne plus précisément l'étiologie et les complications (Torres McGehee et al., 2011 ; Turk et al., 1999). Les enseignants sont capables de nommer les facteurs de risque des TCA et leurs effets délétères sont identifiés, alors que dans l'étude de Knightsmith et al. (2013), les enseignants ne démontrent pas une compréhension des TCA par rapport à l'étiologie notamment. De plus, les enseignants dans cette étude sont capables de nommer des TCA

plus récents comme le trouble d'accès hyperphagiques ou des problématiques non reconnues dans le DSM-5 comme l'orthorexie. L'augmentation des connaissances pourrait peut-être s'expliquer par la présence plus grande de ces TCA dans les médias, comme montré par Reas en 2017, en ce qui a trait au trouble d'accès hyperphagiques.

### 5.2.2 Présence de décalages

Tel qu'identifié dans la section précédente, les enseignants ayant participé à notre recherche possèdent des connaissances sur les TCA, même si celles-ci sont parcellaires. Par contre, il semble que ces derniers ne soient pas en mesure de transférer ces connaissances que l'on peut nommer de théoriques, à leur pratique. Cet aspect de la recherche est également novateur dans la mesure où, à notre connaissance, les études s'intéressant aux connaissances ou croyances des enseignants en lien avec les TCA se limitent à des questions décontextualisées. En fait, les intervenants sont généralement interrogés sur les TCA, mais pas sur la façon dont ils peuvent se manifester dans leur lieu de travail (Knightsmith et *al.*, 2013). De plus, dans cette thèse, les résultats de la première phase de recherche nous permettent d'apporter un éclairage sur les propos des enseignants et de comparer, dans la mesure du possible, à ce qui se passe réellement dans le collège.

Amener les enseignants à réfléchir à la réalité du collège nous a permis de constater l'existence de deux décalages. Le premier, inter individuel, se situe entre les perceptions des enseignants et ce qu'expriment les étudiants. Par exemple, l'idée que 50 % des étudiants présentent des ACAI alors que les enseignants ne parviennent pas ou peu à se positionner. Le deuxième décalage, pouvant être qualifié d'intra-individuel, se retrouve dans l'écart observé entre les connaissances nommées des enseignants dans le questionnaire et l'utilisation de ces connaissances, mise en lumière dans le groupe de discussion. Par exemple, les enseignants comprennent que les TCA sont des troubles

mentaux, mais quand ils cherchent à les identifier chez leurs étudiants, ils nomment des comportements alimentaires ou la morphologie alors qu'en amont, ils nommaient d'avantages des caractéristiques internalisées, comme l'estime de soi, l'insatisfaction corporelle. Ces données peuvent être mises en parallèle avec l'étude de Turk et al. (1999) qui montre que les enseignants estiment avoir déjà été confrontés à des élèves présentant des TCA, mais qu'ils n'étaient pas nécessairement capables de les identifier. Cela renvoie à l'idée que les TCA sont difficiles à observer en raison de leur caractéristique internalisée et qu'il est nécessaire de trouver des façons de les rendre visibles pour les enseignants.

De la même façon, ils estiment que les TCA constituent un problème préoccupant dans la mesure où ils peuvent s'accompagner de complications pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation ou la mort, mais en « même temps » il ne s'agit pas pour eux, d'une la priorité en termes de prévention ou d'intervention, même s'ils estiment que les ACAI sont présents chez leurs étudiants. Donc, s'ils mentionnent les comportements à risque, ils ne semblent pas faire le lien entre les ACAI, les TCA et la nécessité d'intervenir sur les ACAI pour empêcher leur développement en trouble clinique et les complications qui leur sont associées. On pourrait presque penser que tant que le problème grave ne se présente pas, il n'est pas nécessaire de s'y intéresser. Il ressort donc que lorsqu'il s'agit des ACAI, deux filtres peuvent influencer la relation entre l'enseignant et l'étudiant. Ces filtres reposent tous deux sur les croyances et les connaissances, tant théoriques qui nous permettent de comprendre les ACAI, qu'ouvragées, qui correspondent à la façon dont ces connaissances sont appliquées, et qui évoluent à travers la pratique (Vause, 2009).

### 5.2.3 ACAI et enseignants : une relation complexe médiée par plusieurs croyances

Les décalages identifiés précédemment mettent en lumière une relation complexe entre le corps enseignant et les ACAI, qui pourrait s'expliquer par la présence de croyances et de

représentations telles que la reconnaissance de l'obésité comme d'un TCA ou encore de l'absence de considération du continuum des ACAI. Ces croyances vont induire que lorsque les enseignants sont interrogés sur la façon dont ils peuvent jouer un rôle dans la prévention des ACAI, une ambivalence est observée entre les représentations qu'ils se font de la mission de l'enseignant et celles de la santé mentale (Graham et *al.*, 2011). Si les enseignants sont conscients du problème que posent les TCA en contexte éducatif, le manque de connaissance les empêche de faire le lien avec le rôle qu'ils peuvent jouer, dans la mesure où ils semblent se concentrer sur l'aspect clinique du TCA, largement médiatisé, sans faire le lien avec les ACAI et la prévention primaire, voire secondaire, qui s'insère dans une visée éducative (Graham et *al.*, 2011). De nombreux enseignants expriment alors l'idée qu'ils n'ont pas un rôle à jouer dans la prévention des TCA. Seulement une enseignante mentionne qu'il serait intéressant d'intervenir en amont du développement des TCA ou encore de travailler sur l'estime de soi.

Pour les enseignants qui se sentent responsables et qui estiment que leur rôle est majeur dans l'accompagnement des étudiants, au-delà de la transmission de connaissances, on remarque un faible sentiment de compétence, pour intervenir. Ce résultat va dans le sens de plusieurs études, dont celle d'Harshbarger et al. (2011), qui relève que les intervenants éducatifs dans cette étude ne se sentent que peu compétents pour intervenir auprès des étudiants lorsqu'il s'agit de TCA. Comme envisagé par Knighsmith et al. (2013), ce faible sentiment de compétence pourrait être lié, non seulement au manque de connaissances, mis aussi à l'existence d'un prisme représentationnel de la mission des intervenants, associée à la santé pour les professionnels, et à l'instruction pour les enseignants. En effet, la façon de comprendre et appréhender les TCA et les ACAI va influencer la perception du rôle de l'enseignant. Si les TCA ne sont considérés que comme des troubles cliniques, les enseignants vont estimer, à juste titre, que leur pouvoir d'action est limité, voire inexistant. S'ils considèrent que les ACAI ne constituent pas des troubles ou bien qu'ils renvoient à

un surdiagnostic, ils penseront qu'il n'y a rien à faire, car le problème n'existe pas. Une enseignante, à ce sujet, se positionne en expliquant que finalement, s'il n'y a pas de TCA, le fait qu'un étudiant ait une faible estime de lui-même n'est pas nécessairement un facteur à considérer, de même que le risque de développer un TCA. Pourtant, dans une perspective de prévention des ACAI, travailler sur l'estime de soi, entre autres, permet de renforcer les facteurs protecteurs de l'étudiant pour le protéger des TCA.

Ces résultats nous amènent à réfléchir à ce qui suit : au-delà de la représentation du rôle de l'enseignant loin du domaine de la santé, est-ce que les enseignants sont désengagés ou préfèrent-ils ne « rien faire » plutôt que de mal faire ? Comment amener les enseignants à dépasser les croyances qu'ils possèdent ?

#### 5.2.4 Existence d'un continuum d'objectivation

Comme identifié précédemment, les enseignants possèdent des croyances relatives aux ACAI. Les enseignants eux-mêmes font référence à des représentations, des croyances qu'ils possèdent. *« Parce qu'on a toujours l'image de la fille anorexique qui fond et qui finalement pèse 54 livres. Ça me surprendrait que ça soit la majorité des cas qui sont comme ça »*. La nature des croyances fait que celles-ci influencent le comportement des enseignants face aux étudiants et donc la façon dont ils vont les accompagner comme mentionné dans la section précédente (Cedraschi et al., 1998 ; Richardson, 1996).

Comme mis de l'avant par Crahay et al. (2010), tant les croyances que les connaissances des enseignants sont modelées par les expériences personnelles et professionnelles, qui évoluent au cours du temps et servent alors de filtre pour analyser et gérer les situations d'enseignement. Dans le cas qui nous intéresse, ce filtre peut représenter un frein à la pratique. En fait, dans le cas présent, les croyances relatives aux ACAI constituent, en

quelque sorte, le lien entre les étudiants et les enseignants. Mais elles peuvent avoir un effet négatif sur les étudiants, dans la mesure où si un enseignant estime, par exemple, que le perfectionnisme est un trait de personnalité qui aide l'étudiant à réussir, il pourrait être amené à exacerber la recherche de perfection chez ses étudiants. Mais peut-être que pour certains le perfectionnisme est un facteur prédisposant, voire précipitant ou de maintien des ACAI (Garfinkel et Garner, 1982). Comme mentionné plus tôt, il pourrait aussi être question des difficultés observées chez les enseignants à considérer les ACAI comme une forme de troubles sur laquelle agir, avant qu'ils ne se transforment en TCA clinique.

Ce dernier exemple est à mettre en lien avec l'étude de Dalle Grave et al. (2001), qui montre que généralement, l'intérêt pour la prévention des TCA dans les écoles est consécutif à des cas sévères qui sont survenus dans des établissements. Face à ces « crises », des conférences, par des professionnels, sont généralement proposées aux étudiants dans le but de les effrayer, mais on sait aujourd'hui que ce type de discours ne marche pas (INSERM, 2002). Mais sans connaissances à ce sujet, ce type de pratique tardive pourrait sembler être la meilleure chose à faire. Un parallèle peut être fait ici avec les études mettant de l'avant que dans le domaine sportif, les TCA ne sont pris en compte que lorsque le sportif réalise des contre-performances (Sundgot-Borgen et al., 2013). Voilà pourquoi nous devons chercher à objectiver le plus possible cette relation entre l'enseignant et les ACAI.

Les résultats de cette recherche nous amènent à envisager l'existence d'un continuum d'objectivation des ACAI. Les extrémités de ce continuum correspondant aux croyances, d'une part (caractérisées par la subjectivité, la composante affective et comportementale) et aux connaissances, d'autre part (caractérisées par l'objectivité factuelle). L'idée est d'amener les enseignants à se départir des croyances et donc à laisser de côté la sphère affective qui de façon consciente ou inconsciente peut représenter un frein à la pratique et donc à avancer sur ce continuum.

Ce continuum prend tout son sens lorsque nous portons attention, par exemple, aux manifestations des ACAI que relèvent les enseignants : celles-ci tournent l'alimentation, alors qu'il ne faut pas oublier que l'alimentation n'est pas toujours le meilleur indice de TCA, de même que la morphologie. Souvent, même lorsque des changements drastiques dans l'apparence de l'étudiant sont observés ainsi que des signes de fatigue, il est trop tard : l'étudiant a déjà progressé sur le continuum des ACAI pour se rendre vers des TCA. De plus, les enseignants font avant tout référence à la mauvaise alimentation, aux repas pour parler des indices de TCA. Ce même constat avait été émis auprès d'intervenants du milieu de la santé, dans un sondage réalisé en 2013 par l'UQTR et le CIUSSS MCQ. Peu abordent le volet psychologique ou comportemental, mais on peut aussi se poser la question de l'observable : le comportement alimentaire, pour un œil non formé est plus facile à identifier que le désir de minceur, par exemple. Il ne faut pas oublier que les enseignants. D'autant que les enseignants eux-mêmes questionnent sur la validité des observations qu'ils formulent quant à l'identification de l'ACAI en lien avec l'alimentation et qu'ils sont conscients l'influence de ces croyances sur leur jugement « *Il va falloir faire attention à est-ce qu'on peut faire le lien entre les TCA et les problèmes en classe, d'éliminer les autres facteurs qui peuvent avoir une influence* ».

Ces réflexions renforcent l'idée que le manque de formation amène les enseignants à développer de fausses connaissances qui peuvent être maintenues, développées et donc devenir un frein à l'identification des ACAI et à leur prévention comme suggéré dans l'étude d'Harper et Hardmann (2003) ou encore Hunt et Rothman (2007). Ce constat est à mettre en relation avec l'étude de Torres McGehee et al. (2011), entre autres, mettant en avant la dangerosité associée au manque de connaissance des personnes encadrant des sportifs ou Hellings et Boyles (2007) qui montrent qu'il est indispensable de connaître les TCA, surtout dans des milieux à risque, comme les milieux éducatifs. Il est par conséquent primordial de sensibiliser les enseignants aux éléments observables de nature

psychologique en insistant sur la récurrence et la convergence de ces ACAI, surtout que des enseignants mentionnent également l'existence d'une réalité invisible, d'un aspect caché pour parler des problématiques vécues par les étudiants « *Pour moi, il y a ce qu'on voit pis ce qu'on voit pas* ». Ainsi, sans en avoir nécessairement conscience, ils identifient la caractéristique internalisée des TCA, qui lui confère toute la difficulté à les identifier avant un stade avancé.

Il convient donc d'être attentif, car comme attendu, les croyances entourant les TCA sont présentes au sein du corps enseignant. Par contre il est intéressant que les enseignants en aient conscience, car de cette façon il serait peut-être plus facile de venir les modifier.

#### 5.2.5 Vers le possible par la formation

Pour continuer, il ressort de l'interprétation des résultats qualitatifs que la nécessité de formation des enseignants est réelle et représente un besoin identifié par ces derniers. « *Je suis nouvellement enseignante, je sais pas quelles seraient les façons de faire, les bons outils* » ; « *Pour le moment je ne pense pas vraiment pouvoir faire de la prévention au travers de mon enseignement* ». En effet, comme mentionné précédemment, plusieurs enseignants, à l'image des études antérieures (Harsbarger et al., 2011 ; Knighsmith et al., 2013) témoignent d'un faible sentiment de compétence, pour accompagner les étudiants. Deux enseignants ont d'ailleurs exprimé l'idée que si un étudiant se présentait devant eux, ils ne sauraient peut être même pas voir les signes de TCA.

En ce qui a trait à la prévention, les questionnements des enseignants qui estiment avoir un rôle, mais qui ne savent pas comment le remplir pourraient être répondus par la formation. La formation permettrait peut-être aux enseignants de mieux comprendre les ACAI et ainsi d'être plus sûrs d'eux pour les identifier et intervenir. Cette réflexion est d'autant plus



pertinente que lors des groupes de discussion, les enseignants ont fait des liens avec le contenu qui leur avait été présenté dans la mise à niveau. Par exemple, si les enseignants déclaraient ne pas connaître les ACAI, après la mise à niveau, on constate que ces derniers mentionnent dans les groupes de discussion les « intermédiaires » du continuum présenté. Eux-mêmes attestent d'une évolution dans leur façon de penser et de considérer les ACAI entre le questionnaire et la fin du groupe de discussion. Ils évoquent une nouvelle réalité, une prise de conscience de la complexité des TCA et de l'ampleur du problème qu'ils posent et qui ne se limite pas à l'anorexie. Les TCA sont en fait à considérer sur un spectre plus large :

*Moi entre le questionnaire et la formation ça m'a permis d'élargir, là ça s'inscrit dans un problème beaucoup plus large, un problème social beaucoup plus large qu'une pathologie chez un individu ou un groupe d'individu. L'anorexie la boulimie, je connaissais c'était campé, mais là en enrichissant ce vocabulaire-là je réalise que l'alimentation, les troubles alimentaires s'inscrivent dans un cadre beaucoup plus large, un cadre de société où on retrouve la performance, la rigueur... et là ça m'a ouvert les yeux.*

Finalement, l'interprétation des résultats qualitatifs fait ressortir l'existence d'un effet positif de l'étude et de la mise à niveau sur les TCA auprès des enseignants, qui, comme mentionné par les enseignants eux-mêmes : permet une prise de conscience, un échange une réflexion qui va les aider à être plus attentifs, à comprendre que les TCA ne se résument pas à l'anorexie et que le besoin d'agir est réel de même que l'intérêt d'en parler.

Les réflexions des enseignants appuient les recherches dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention, car ils se positionnent comme les personnes-ressources les mieux placées pour intervenir auprès des étudiants (Graham et al., 2011 ; Knightsmith et al., 2013). « On n'a pas juste de la matière à passer, on est des personnes-ressources et c'est sûrement plus facile à faire ici, car ce sont des petits groupes, on a des contacts. C'est un petit milieu ». Ce point est particulièrement intéressant, car jusqu'à présent, les

recherches qui s'inscrivent dans une visée de promotion de la santé portent sur des contextes primaires ou secondaire dans lesquels il est peut-être plus facile de considérer le rôle de l'enseignant dans l'accompagnement des élèves. Il était ainsi possible de supposer que les enseignants du collège estiment que leurs étudiants sont des adultes et qu'ainsi leur rôle auprès de ces derniers serait avant tout un rôle de passeur de savoir. Si dans cette étude, certains enseignants positionnent leur rôle dans cette optique, une grande majorité indique, au contraire, qu'ils occupent une place privilégiée dans la vie des étudiants qui leur permet de les accompagner au mieux dans leur développement et qu'ils ne peuvent pas ne pas être sensibles aux difficultés qu'ils peuvent vivre et ainsi intervenir.

### 5.3 Troisième axe : recommandations dans le cadre de la prévention, issues de la recherche

Comme abordé dans les parties précédentes, les étudiants de ce collège se situent sur le continuum des ACAI, pour l'instant dans la partie gauche de celui-ci, ce qui signifie que leurs préoccupations ne semblent pas encore être obsessionnelles, excessives, et seraient davantage le reflet d'une volonté de se conformer à une norme sociale (Rochaix et *al.*, 2017). Par contre, la présence d'ACAI nous incite à être vigilants à ce que ces mêmes étudiants ne migrent pas vers l'extrémité clinique du continuum.

De plus, ces observations sont à mettre en relation avec le discours et les attitudes des étudiants relevés par les enseignants, qui mettent en avant l'importance du paraître, de la performance et des difficultés que les étudiants peuvent vivre en lien avec l'estime de soi, les émotions et la pression. Cela signifie donc que tous les ingrédients actifs du développement des ACAI et des TCA sont présents, notamment les facteurs d'influence comme la pression ou encore la pratique sportive. Cependant, les enseignants sont également là pour agir à titre de facteurs de protection, garants de l'équilibre des étudiants

(Monthuy-Blanc et Bonanséa, 2014). D'ailleurs, ces derniers témoignent d'une prise de conscience face aux ACAI et se positionnent en tant qu'autrui significatifs dont le rôle dépasse la transmission de connaissances. Ce constat est majeur, car comme mentionné par Graham et *al.* (2011), la volonté d'agir des enseignants est indispensable à la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé.

Un autre résultat intéressant pour la prévention réside dans l'absence de résultats concernant la méfiance interpersonnelle des étudiants. Ce résultat laisse supposer que le fait d'être scolarisé dans un petit établissement favorise un sentiment d'appartenance, et qu'ainsi les étudiants font plus facilement confiance, sont plus ouverts à se confier et recevoir de l'aide des personnes proches, dans ce cas les enseignants, ce qui faciliterait la mise en place d'actions visant à prévenir les ACAI. Ce point est d'ailleurs amené par les enseignants dans le cadre des groupes de discussion, ce qui nous encourage à penser que ce sentiment de confiance et de proximité serait un autre atout dans la prévention des ACAI, est perçu chez les deux acteurs concernés par les ACAI.

À partir de ces constats, les résultats des deux phases de la recherche permettent d'identifier les pistes à suivre pour participer à la prévention des ACAI en tenant compte des caractéristiques des étudiants et l'état de connaissance des enseignants.

### 5.3.1 Préalables à la mise en œuvre des recommandations

Tout d'abord, à partir du continuum d'objectivation des ACAI proposé précédemment, il apparaît que, pour aider les étudiants, les enseignants doivent d'abord combler les lacunes qu'ils possèdent au niveau de la compréhension des TCA, notamment en ce qui a trait au continuum des ACAI et à leur prévention. La formation permettrait de démystifier le rôle et la place des enseignants face aux ACAI en les amenant à les considérer comme des

précurseurs de troubles sur lesquels il est possible d'intervenir pédagogiquement. Ces deux axes représentent le point de mire de l'intervention auprès des enseignants. Ces actions peuvent être d'autant plus efficaces que les enseignants sont conscients de cette réalité et de ces dangers et qu'ils identifient déjà une partie des croyances qu'ils possèdent, ce qui permettra de rétablir les connaissances un peu plus facilement.

Ensuite, cette intervention doit être située dans une perspective de prévention primaire sélective et secondaire indiquée, étant donné qu'elle viserait des étudiants qui présentent déjà des ACAI, de même que des étudiants qui n'en présentent pas encore, mais qui constituent tout de même une population à risque. De plus, pour s'inscrire dans les pratiques de prévention efficaces identifiées dans les études, il convient d'adopter une approche positive, non moralisante ou prescriptive, qui pourrait précisément amener les étudiants à développer des ACAI (Ciao *et al.*, 2014 ; Harper et Hardman, 2003 ; Stice et Shaw, 2004 ; Shankland, 2016). Cela signifie qu'il est nécessaire de former les enseignants à ces pratiques de prévention dans la mesure où plusieurs ont mentionné que la prévention des ACAI pourrait être faite en sensibilisant les étudiants aux saines habitudes de vie.

En effet, en 2011, Graham *et al.* montraient déjà que le rôle des conseillers était notamment de donner de l'information aux étudiants sur les comportements de santé, démystifier le mythe de la minceur, augmenter l'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, améliorer les habiletés communicationnelles et promouvoir l'autonomie tel que suggéré par Bardick *et al.* (2004). Il convient donc de se tourner vers des stratégies dites éducatives c'est-à-dire qui visent le développement de compétences, d'habiletés qui permettent de renforcer les capacités d'action des étudiants, leur autonomie en travaillant par exemple sur l'affirmation de soi, le développement de stratégies d'adaptation (Shankland, 2016). Ce type de stratégies est donc directement en lien avec les facteurs d'influence des ACAI.

Finalement, il serait pertinent de développer et de proposer des outils, comme des grilles d'observables, adaptés à la réalité éducative, pour aider les enseignants à reconnaître les ACAI. D'ailleurs, plusieurs enseignants, dans les groupes de discussion, mentionnent justement le besoin de formations pour pouvoir développer des outils, être capables d'identifier les comportements à risque et intervenir sans nuire.

### 5.3.2 Arrimage entre ACAI et facteurs d'influence dans la prévention

De façon plus spécifique, voici des pistes d'intervention pour les étudiants, à partir des résultats de cette recherche. En lien avec la première phase de la recherche, la suralimentation, le recours aux régimes, à la pratique sportive ou encore les facteurs d'influence comme la pression perçue sont ciblés. En lien avec la deuxième phase de la recherche, les difficultés liées à la gestion des émotions, aux relations interpersonnelles, au jugement critique ou encore au sentiment d'inefficacité, ont été évoquées par les enseignants.

Si les étudiants expriment ressentir des émotions négatives comme le stress négatif et que les enseignants estiment que leurs étudiants n'ont pas de stratégies de gestion émotionnelle, il semblerait que ce facteur protecteur des ACAI constitue un élément clé dans l'intervention. Surtout, que ces stratégies peuvent faire l'objet d'un apprentissage et qu'elles permettent aussi une meilleure réussite, tant académique que professionnelle (Goleman, 1997 ; INSPQ, 2010).

En ce qui a trait à la suralimentation, il pourrait être pertinent, d'aider les étudiants à identifier ce qui relève de la suralimentation et à identifier et mettre en place des stratégies

pour faire face à cette « décompensation<sup>14</sup> », qui semble être associée à la gestion des émotions négatives. Il pourrait, par exemple, être question d'éduquer les étudiants à écouter leurs sensations, dans une approche d'alimentation intuitive, qui est d'ailleurs associée à une meilleure acception corporelle (Gicquel et *al.*, 2008 ; Tylka, 2006 ; Tylka et *al.*, 2015).

De la même façon, le recours aux régimes, qu'ils soient amincissants chez les jeunes femmes ou visant la prise de masse musculaire chez les jeunes hommes, pourrait être ciblé par ces stratégies. Une des façons de le faire pourrait être de se tourner vers les raisons énoncées par les étudiants justifiant cet ACAI, soit la pression de minceur perçue et la pression de performance sportive, de façon à travailler avec eux à trouver des stratégies pour résister à ces pressions, ou encore la relativiser, par le développement de compétences personnelles transversales (INSPQ, 2010).

Dans la même idée, les enseignants constatent la présence de croyances entourant la performance sportive, qui selon eux expliquent les comportements des étudiants. Ces derniers témoignent eux-mêmes d'une pression de performance, de même que de croyances en lien avec les facteurs permettant cette performance, soit la prise de masse musculaire.

Considérant que les enseignants eux-mêmes estiment que les étudiants vivent beaucoup de pressions pouvant les amener à développer des ACAI, il serait intéressant de travailler avec eux afin de trouver des stratégies permettant de diminuer la place de la performance ou la valoriser, dans un contexte bien spécifique de ce collège, qui semblerait l'induire de façon

---

<sup>14</sup> Le terme décompensation renvoie ici à l'idée de perte d'équilibre.

inconsciente (Bar et *al.*, 2016). Par exemple, les résultats de la première phase de la recherche n'indiquent pas que les étudiants présentent des niveaux de perfectionnisme. Pourtant, les enseignants semblent dire que la majorité de leurs étudiants sont perfectionnistes. Il est alors possible de se questionner : est-ce que la société actuelle ou la culture du collège, comme mentionné dans les groupes de discussion, normalisent le perfectionnisme qui serait alors présent chez les élèves, bien que ces derniers ne se considèrent pas comme perfectionnistes ?

Il est donc important d'amener les étudiants à envisager d'autres moyens pour atteindre la performance souhaitée. On peut ainsi se poser la question de l'encadrement de ces étudiants et d'un recadrage de leurs objectifs et des croyances en lien avec ces performances pour éviter que cette pratique ne devienne excessive et ne soit couplée à une prise de substances pour arriver à n'importe quel prix à être sélectionné, par exemple. Peut-être, serait-il pertinent de travailler sur les facteurs identitaires de l'étudiant qui lui permettent de faire des choix éclairés, de remettre en question les croyances véhiculées dans le milieu sportif et de se tourner vers des stratégies plus saines pour atteindre les objectifs de performance. Ces différents éléments rejoignent les facteurs protecteurs identifiés dans les écrits consultés comme étant au centre de la prévention des ACAI, mais aussi d'autres troubles tels que les troubles liés à l'usage de substances et les troubles anxieux (Monthuy-Blanc et *al.*, 2014). Par contre, les enseignants ne semblent pas conscients des liens qui peuvent exister entre ces facteurs d'influence et le développement des ACAI, voire leur prévention. Ces préoccupations appuient l'importance de former les enseignants à la prévention de troisième génération, nécessitant une approche implicite, par un renforcement des facteurs protecteurs de l'individu (Stice et *al.*, 2013a). Il importe donc de formaliser ces liens pour les enseignants.

De la même façon, il est important de sensibiliser les enseignants et autres membres du personnel éducatif aux enjeux associés à la valorisation de certains comportements (Torres McGehee et *al.*, 2011 ; Sundgot-Borgen et *al.*, 2013). Par exemple, complimenter un élève sur sa perte de poids ou l'encourager à la performance peut, chez des étudiants moins vulnérables être anodin, mais chez des étudiants préoccupés par le poids et l'apparence. Cela peut créer une réaction en chaîne pouvant précipiter ou maintenir les ACAI.

La conclusion suivante vise à rappeler les grandes lignes de la thèse de même que ses limites, retombées et perspectives.



## CONCLUSION

Pour conclure cette thèse, un rappel du problème de recherche est effectué, de même que de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus, tout en précisant les limites de la recherche ainsi que son originalité. Les retombées de la thèse et perspectives de recherche sont envisagées.

- Récapitulatif de la thèse et originalité

Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes intéressés aux troubles du comportement alimentaire (TCA) dans un contexte éducatif. Si ces derniers sont généralement étudiés du point de vue clinique, ils constituent un problème de santé publique qui est difficilement compris comme une réalité de l'éducation. Aucun portrait de cette problématique en contexte académique au Québec n'est disponible. Par ailleurs, le portrait des TCA ne peut se limiter à un pourcentage d'étudiants concernés, étant donné que les étudiants ne sont pas les seuls touchés par les TCA. En effet, les recherches mettent de l'avant que les TCA influencent tant les étudiants que les enseignants. Cependant, cette même réalité est généralement abordée selon deux points de vue distincts, celui des étudiants et éventuellement celui des enseignants. Ainsi, un des aspects novateurs de cette recherche se situe dans la prise en considération de deux réalités dans le but de n'en décrire qu'une seule. Comme mentionné, les TCA n'affectent pas que les étudiants, ils affectent aussi les enseignants. Ces derniers sont en fait au centre de la relation, car ils peuvent devenir des facteurs de risque par la méconnaissance de ces TCA et de la façon dont ils se manifestent chez les étudiants. Ils peuvent toutefois, constituer des facteurs de protection majeurs. Dans l'arrimage entre les deux réalités du collège se trouve une partie de la solution.

L'interprétation des résultats montre que ces deux réalités sont indissociables : pour mieux comprendre ce que vivent les étudiants, nous avons dû nous tourner vers les enseignants, dont les perceptions et les observations permettent une meilleure compréhension de la réalité des étudiants.

L'autre aspect novateur de cette recherche est la compréhension des TCA selon une approche dimensionnelle (Nylander, 1971). Le continuum des ACAI, tels que développés dans cette thèse, en intégrant différents sous-types d'ACAI constitue une façon intéressante de définir les TCA, correspondant à la réalité des contextes éducatifs et permettant une meilleure compréhension de ce phénomène. En effet, les étudiants ne se situent pas à l'extrémité clinique du continuum des ACAI, mais bel et bien au milieu de celui-ci. Cela signifie qu'il est important de connaître l'existence de ce continuum et d'être attentif à l'évolution de l'étudiant sur ce dernier.

Concernant la méthodologie utilisée, au regard du problème de recherche et de l'objectif général, les méthodes mixtes ont été privilégiées dans le but d'approfondir la compréhension d'un phénomène complexe (Creswell et Plano Clark, 2011 ; Pluye et *al.*, 2009). Plus précisément, le recours à un devis mixte qui se situe à mi-chemin entre différents types de devis, soit séquentiel et intégré, a permis de répondre à notre question de recherche qui nécessitait plusieurs sources de données, une intégration des méthodes quantitatives et qualitatives à l'intérieur d'un même projet pour pouvoir répondre à cette seule question et aux objectifs formulés. L'utilisation du devis mixte dans cette thèse a permis de trianguler les informations provenant de différentes sources de données, l'élaboration de l'explication d'un phénomène contextualisé à un milieu bien précis, un collège au Québec, mais qui pourra être transposé à d'autres contextes similaires (Briand et Larivière, 2014). L'intégration des méthodes et résultats a permis de découvrir de nouvelles perspectives et d'étendre la portée d'une étude au-delà des devis habituels, soit

typiquement quantitatifs, pour évaluer la présence d'ACAI, de même que les connaissances des enseignants. Finalement, ce type de devis mixte a permis une mise en parallèle des deux portraits qui n'a jamais été menée jusqu'à présent.

En ce qui a trait aux résultats, il ressort de cette thèse que, comme attendu, les ACAI constituent une réalité vécue des étudiants qui est également reconnue et partiellement comprise par les enseignants. L'hypothèse générale de recherche supposait des différences entre la réalité des étudiants et celle des enseignants. À la lumière des résultats, il est possible de constater que ces différences sont minimales et pourraient facilement être effacées par la formation. En effet, les enseignants perçoivent partiellement cette réalité, ils suspectent un problème, mais peuvent difficilement évaluer son ampleur ou ses caractéristiques. Toutefois, ils déclarent ne pas pouvoir « *faire comme si ça n'existait pas* ». De plus, malgré une difficulté à saisir précisément les ACAI, les enseignants ont tout de même une lecture intéressante de leurs étudiants, qui sans le savoir correspond au portrait décrit sur le plan quantitatif. Plusieurs résultats issus des données qualitatives corroborent d'ailleurs des résultats quantitatifs.

D'abord, les enseignants mentionnent que leurs étudiants semblent pris entre deux feux : le contrôle et le lâcher-prise, deux caractéristiques associées aux ACAI retrouvés chez les étudiants. Ensuite, les pressions induites par la sphère de vie privée des étudiants (eux-mêmes, parents et amis) sont rapportées par des étudiants et identifiées par les enseignants qualifiant l'entourage des étudiants comme un milieu parfois insidieux. En outre, l'interprétation des résultats quantitatifs peut en partie expliquer que la prise de conscience du corps enseignant relative aux pressions vécues par les étudiants peut expliquer que celles-ci sont rarement induites par les enseignants, et ce, même s'il est question de pression académique. Ainsi il est possible que cette connaissance du contexte collégial limite les comportements de performance et privilégie les comportements de soutien. Enfin,

la caractéristique internalisée des ACAI rapportée par les étudiants est clairement identifiée par les enseignants comme une réalité cachée, invisible sur laquelle ils ne peuvent que difficilement agir. Par contre au regard du constat vécu par les étudiants — pression pour mincir en étant à un poids santé et pour performer sur plan académique, présence d'ACAI de type restrictif et accès hyperphagiques/purgatif, présence de caractéristiques psychologiques représentant un risque de développer des ACAI — les enseignants perçoivent cette réalité et concèdent pour la plupart que leur rôle est à la fois dans le modèle, la formation et l'intervention d'une éducation à la santé.

- Limites

Cette thèse comporte malgré tout certaines limites, notamment en ce qui a trait aux aspects méthodologiques. L'utilisation d'instruments standardisés peut expliquer une sous-évaluation de certains ACAI du fait de l'absence d'items spécifiques à l'intérieur de ces instruments. Le désir de musculation ou la consommation de certaines substances au sein des populations sportives comme le « *pré work-out* », par exemple, n'ont ainsi pas été évalués. De la même façon, il est possible d'envisager qu'au moment de la passation des questionnaires, la mise en place de l'aire de confidentialité aurait pu être améliorée. Il n'était pas possible de prévoir des plages horaires spécifiques pour la passation pour une dizaine d'étudiants ce qui a pu susciter une certaine gêne chez certains à vouloir compléter les questionnaires dans la même pièce que leurs amis. Ainsi, il serait intéressant de reconduire cette recherche en ayant accès à des locaux qui nous permettent de positionner les étudiants loin de leurs amis. Développer et valider des outils susceptibles d'évaluer le désir de musculation et l'ensemble des ACAI constitue également une avenue prometteuse.

En ce qui a trait à l'échantillon dans cette recherche, les étudiants sont issus d'un seul et même collège. Cet aspect limite le potentiel de généralisation des résultats. Il serait

intéressant de chercher à interroger d'autres milieux dans une recherche ultérieure, surtout pour évaluer la présence d'ACAI dans ces populations.

En ce qui concerne la deuxième phase de la recherche, il serait pertinent de refaire passer le questionnaire d'étalonnage des connaissances sur les TCA aux enseignants, après le groupe de discussion afin de constater de façon plus précise l'appropriation des connaissances et l'évolution de leurs croyances. Il aurait peut-être été pertinent de mener plusieurs groupes de discussion et non un seul. Bien que les participants évoquaient ne plus avoir d'idées à partager à la fin des échanges, il est possible d'envisager que leurs réflexions auraient pu évoluer dans un autre groupe de discussion.

- Retombées et perspectives de recherche

L'articulation des deux phases de la recherche nous a permis d'approfondir la compréhension des TCA, plus particulièrement des ACAI, qui demeure un problème complexe à tous égards. Ainsi, les retombées de cette thèse se situent dans une meilleure connaissance des caractéristiques des étudiants et du niveau de littéracie en santé mentale relatif aux ACAI des enseignants. Par ailleurs, chez les enseignants plus spécifiquement, cette recherche a permis une prise de conscience de la complexité des ACAI, suscitant une réflexion, qui fait émerger le besoin de formation et d'outils. Ces constats nous amènent à envisager des perspectives de recherches s'inscrivant dans la prévention des ACAI en milieu éducatif, qui passe par un double niveau d'action : le premier pour les étudiants et le second pour les enseignants.

Ainsi, grâce à la richesse des deux portraits dressés dans ce collège et des limites que pose la prévention des TCA en milieu éducatif, ne serait-il pas possible de se tourner vers de nouveaux programmes de prévention que l'on pourrait qualifier de quatrième génération ? Rappelons que les programmes de troisième génération visent à prévenir les TCA, auprès

de publics cibles, en proposant des ateliers répétés sur des facteurs de risque tel que l'insatisfaction corporelle, menés par des professionnels connus des étudiants (Stice et Shaw, 2004).

De ce fait, les programmes de quatrième génération, pensés pour les ACAI et leurs facteurs d'influence, se situeraient à l'interaction de la prévention universelle et sélective. Sélective en raison du risque présent chez les étudiants, soit les ACAI, adaptée à leurs caractéristiques, mais universelle, car tous les étudiants seraient considérés à risque dans la mesure où ils se situeraient dans une période de transition, les rendant plus vulnérables. À la différence de la prévention primaire universelle, l'intention ne serait pas ici de tenter de modifier les comportements et attitudes des étudiants en les éduquant sur l'alimentation, les risques associés aux TCA, mais plutôt d'utiliser des stratégies éducatives pour améliorer, entre autres, leurs capacités d'adaptation.

Au-delà des stratégies éducatives utilisées, une approche implicite serait adoptée, dans laquelle les objectifs du programme ou les risques associés au « statut » des étudiants ne sont pas nommés afin de neutraliser les effets délétères associés à la prévention primaire universelle traditionnelle (INSERM, 2002 ; Levine et Smolak, 2005). Cette approche est particulièrement intéressante étant donné que des bénéfices peuvent être retirés même pour les étudiants qui se situent au début du continuum des ACAI, c'est-à-dire qui ne présentent pas encore de préoccupations en lien avec l'apparence et le poids. Ces interventions viendraient tout de même renforcer leurs facteurs protecteurs.

Ces programmes de quatrième génération ne viseraient donc plus à prévenir les TCA cliniques, mais plutôt les ACAI, et ce, en se basant sur les caractéristiques des étudiants et les facteurs d'influence des ACAI identifiés. La mise en valeur des facteurs d'influence des ACAI présents dans le collège, tels que la pression de performance ou l'intensité de

pratique sportive, nous amène à être plus vigilants dans un contexte où il existe une valorisation sociale liée au sport, à la performance et à l'apparence, pouvant mener à des comportements dysfonctionnels qui représentent un frein à la réussite. Ces facteurs d'influence nous offrent également des pistes de réflexion pour l'intervention.

Par ailleurs, s'il est recommandé que des professionnels formés interviennent dans le cadre de la prévention, dans ces programmes de quatrième génération, ces professionnels seraient en fait les enseignants, formés à partir des connaissances qu'ils possèdent. Considérant que les enseignants représentent les acteurs indispensables de la prévention et que leur engagement est une condition nécessaire à la réussite des programmes (Graham et *al.*, 2011), il serait alors pertinent de travailler au développement de ces programmes avec eux, dans une perspective de co-construction. Ainsi, les enseignants, formés et accompagnés dans cette démarche pourraient à travers leur enseignement, viser ces facteurs d'influence identifiés chez les étudiants comme la pression de performance, la gestion des émotions ou le sentiment d'inefficacité, par exemple. Cette réflexion commune permettrait de maintenir l'engagement des enseignants qui participeraient ainsi activement à la prévention. De cette façon, l'arrimage entre le contenu disciplinaire, pédagogique et spécifique aux ACAI s'opérationnaliserait peut-être de façon plus fluide, et permettant ainsi une intervention de meilleure qualité.

De plus, si les recommandations actuelles préconisent la mise en place d'ateliers répétés, dans le milieu de vie de l'étudiant, si ceux-ci sont menés par les enseignants, l'intégration directe de la prévention aux contenus disciplinaires, de façon implicite, semble être de gage de succès, car elle permet une action continue dans le temps tout au long de l'année.

En fait, préalablement au développement de ces programmes de prévention, des recherches de type longitudinal pourraient être envisagées. Implanter un programme de prévention dès

le secondaire, voire le primaire et suivre des cohortes jusqu'à leur entrée à l'université permettrait de mieux cibler les facteurs d'influence des ACAI, de même que leurs facteurs protecteurs. Afin de faciliter et d'améliorer la mise en place d'interventions préventives, un travail est à faire dans le champ de la littéracie en santé mentale, particulièrement auprès des enseignants. La littéracie en santé mentale peut se définir comme les connaissances et croyances au sujet des troubles mentaux qui permettent d'aider à les reconnaître, les prévenir et intervenir (Jorm *et al.*, 1997). De plus, la littéracie en santé fait aussi référence aux connaissances cognitives et sociales qui déterminent la motivation et l'aptitude à trouver, comprendre et utiliser l'information afin de promouvoir et de maintenir la santé (OMS, 1998). Autrement dit, la littéracie en santé détermine notre capacité à comprendre et à utiliser l'information afin de prendre des décisions propices à notre santé. Ainsi, au-delà de dresser le portrait des connaissances que les enseignants possèdent, il serait intéressant de documenter la façon dont ils ont acquis ces connaissances et comment ils les utilisent dans une perspective d'éducation à la santé de leurs étudiants, afin de les aider à prendre des décisions favorables à leur santé, notamment en ce qui a trait aux TCA.

Finalement, l'ensemble de ces réflexions mettent en évidence l'importance de ne plus considérer les ACAI simplement comme des facteurs de risque, des indicateurs de TCA potentiel, mais comme une forme moins sévère de TCA, dans une approche dimensionnelle. En cherchant à prévenir les ACAI ou à rétablir un équilibre dans leurs facteurs d'influence en travaillant sur les facteurs protecteurs de l'étudiant tel que préconisé par les écrits (Stice et Shaw, 2004), il serait possible de se centrer sur les ACAI, mais aussi de prévenir d'autres troubles qui partageraient des facteurs communs, comme l'anxiété ou les troubles liés à l'usage de substances et qui pourraient être travaillés à travers des activités pédagogiques, de façon voilée (Massé *et al.*, 2015 ; Monthuy-Blanc *et al.*, 2018 b ; Shankland, 2016).



Au-delà de la pertinence scientifique et sociale de ce type d'approche, il ne faut pas oublier que cette approche « multicomposante », c'est-à-dire, ne se limitant pas à un seul trouble de santé mentale, faciliterait l'implication et l'adhésion des enseignants, comme montré dans l'étude de Varnado-Sullivan et al. (2013), mais également suggéré/interprété des propos des enseignants qui expriment que c'est important, mais que ce n'est pas la priorité

En guise de conclusion, il est donc important de d'abord retenir de cette thèse que si les TCA sont de plus en plus médiatisés ils n'en demeurent pas moins incompris. Les TCA sont encore associés à des problèmes nutritionnels, de la « malbouffe », se limitant généralement à l'anorexie mentale et la boulimie et englobant l'obésité. Plusieurs représentations qui leur sont associées persistent et représentent un frein à leur prise en charge précoce dans des milieux tels que les milieux éducatifs dans lesquels ils sont prévalents, dans la forme d'ACAI. Il est donc primordial de continuer à sensibiliser les professionnels de l'éducation à cette réalité et de proposer des formations et surtout de l'accompagnement pour les soutenir dans cette démarche.

Retenons ensuite la nécessité de repenser les TCA selon une approche dimensionnelle, un continuum intégrant des sous-types d'ACAI, qui sont à considérer comme une forme moins sévère de TCA, plus proches de la réalité des étudiants. Ces ACAI sont, au même titre que les TCA soumis à l'influence de facteurs qui augmentent leur probabilité d'apparition.

Il est également nécessaire de considérer le rôle et l'importance des enseignants et des connaissances qu'ils possèdent sur les ACAI. Les connaissances partielles des enseignants s'accompagnent de filtres qui représentent des freins à la compréhension plus fine des ACAI et du rôle majeur qu'ils peuvent jouer dans la prévention, en utilisant l'éducation à la santé, pour le faire.

Finalement, cette thèse aura permis d'étudier en profondeur les ACAI en contexte collégial, en proposant une nouvelle façon de comprendre les TCA. À la lumière de cette nouvelle compréhension issue du double portrait dressé, il est possible de dégager des pistes d'interventions pour soutenir les étudiants et les enseignants face à cette problématique, par la prévention. Dans cette optique de prévention, cette thèse envisage d'intervenir sur les ACAI et leurs facteurs d'influence, de façon implicite intégrée à l'enseignement, comme perspective de programme de prévention de quatrième génération.

## RÉFÉRENCES

- Abelson, R. P. (1979). Differences Between Belief and Knowledge Systems  
*Cognitive Science*, 3 (4), 355-366.
- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., et Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth.  
*International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 409-417.
- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16 (1), 88-92.
- Al-Sheyab, N. A., Gharaibeh, T., et Kheirallah, K. (2018). Relationship between Peer Pressure and Risk of Eating Disorders among Adolescents in Jordan. *Journal of Obesity*, 2018, 7309878. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/7309878>
- Alvin, P. (2001). *Anorexie et boulimie à l'adolescence*. Rueil-Malmaison, FR : Doin.
- American Psychiatric Association (2002). *Developing adolescents: A reference for professional*. Washington, DC : American Psychological Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Arlington, Va. : American Psychiatric Association.
- Ancelle, T. (2006). *Statistique épidémiologie*. Paris : Maloine.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.

- Audy, M., Piché, G., et Aimé, A. (2014). Le phénomène du dopage sportif chez les athlètes adolescents : une synthèse des caractéristiques associées et des stratégies préventives. *Revue de psychoéducation*, 43 (1), 101-119.
- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., et Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 648-658. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20856>
- Bar, R. J., Cassin, S. E., et Dionne, M. M. (2016). Eating disorder prevention initiatives for athletes: A review. *European Journal of Sport Science*, 16 (3), 325-335. <http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2015.1013995>
- Bardick, A.D., Bernes, K.B., McCulloch, A.R.M., Witko, K.D., Spriddle, J.W., et Roest, A.R. (2004). Eating disorder intervention, prevention, and treatment: Recommendations for school counselors. *Professional School Counseling*, 8, 168-175.
- Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Baribeau, C., et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29 (1), 28-49.
- Bartholomew, J. B., Morrison, D., et Ciccolo, J. T. (2005). Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(12), 2032-2037.
- Basow, S. A., Foran, K. A., et Bookwala, J. (2007). Body objectification, social pressure, and disordered eating behavior in college women: The role of sorority membership. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 394-400.
- Baudion-Broye, A. (1998). *Évènements de vie, transitions et construction de la personne*. Toulouse : Eres.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36(1), 1-6.

- Beals, K. A., et Hill, A. K. (2006). The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 16(1), 1-23.
- Beals, K. A., et Manore, M. M. (1999). Subclinical Eating Disorders in Physically Active Women. *Topics in Clinical Nutrition*, 14(3), 14-29.
- Bearman, S. K., Martinez, E., Stice, E., et Presnell, K. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-9010-9>
- Beaud, J.-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 251-284). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Becker, C. B., Ciao, A. C., et Smith, L. M. (2008). Moving From Efficacy to Effectiveness in Eating Disorders Prevention: The Sorority Body Image Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 18-27. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.07.006>
- Benton, C., et Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body image*, 13, 22-27.
- Bernatova, T., et Svetlak, M. (2017). *Emotional* and interoceptive awareness and its relationship to restriction in young women with eating disorders and healthy controls: a cascade from emotional to behavioral dysregulation. *Activitas Nervosa Superior*, 59(2), 78-86.
- Bittinger, J.N., et Smith, J.E. (2003). Mediating and moderating effects of stress perception and situation type on coping responses in women with disordered eating. *Eating Behaviors*, 4(1), 89-106.
- Blank, S., et Latzer, Y. (2004). The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *The American Journal of Family Therapy*, 32(1), 43-54.

- Bonanséa, M., Monthuy-Blanc, J., Aimé, A., Therme, P., et Maïano, C. (2016). Attitudes et comportements alimentaires inappropriés et caractéristiques psychosociales des sportifs : comparaison entre deux niveaux de pratique sportive. *Revue québécoise de psychologie*, 37 (1), 39-60.
- Bonanséa, M., Rojo, S., et Monthuy-Blanc, J. (2015). Périodes de transitions académiques, développementales et sportives chez l'élève-sportif : répercussions de la recherche de performance sur les attitudes et les désordres alimentaires. *Bulletin Images ANEB*, 8-9.
- Bonci, C. M., Bonci, L. J., Granger, L. R., Johnson, C. L., Malina, R. M., Milne, L. W., et Vanderbunt, E. M. (2008). National athletic trainers' association position statement : preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *Journal of Athletic Training*, 43(1), 80-108.  
<http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-43.1.80>
- Boone, L., Soenens, B., et Braet, C. (2011). Perfectionism, body dissatisfaction, and bulimic symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(10), 1043-1068.
- Botta, R. A. (2003). For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. *Sex Roles*, 48(9-10), 389-399.
- Boudreau, C., et Arseneault, A. (1994). La recherche qualitative : une méthode différente, des critères de scientificité adaptés *Revue de l'Association pour la recherche qualitative* (10), 121-137.
- Boujut, E., et Bruchon-Schweitzer, M. (2010). Les troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année : une étude prospective multigroupes. *Psychologie Française*, 55 (4), 295-307.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psfr.2010.08.001>
- Brannan, M., Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J., et Carter, J. (2009). The relationship between body dissatisfaction and bulimic symptoms in female collegiate athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3(2), 103-126.

- Brannan, M. E., et Petrie, T. A. (2008). Moderators of the body dissatisfaction-eating disorder symptomatology relationship: Replication and extension. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 263-275.
- Bratland-Sanda, S., et Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science, 13*(5), 499-508.
- Briand, C., et Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes : illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hopital de jour psychiatrique. Dans Corbière et Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 625-646) : PUQ.
- Bromme, R., et Tillema, H. (1995). Fusing experience and theory: The structure of professional knowledge. *Learning and instruction, 5*(4), 261-267.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 24*, 187-194.
- Brunet, J., et Sabiston, C. M. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise, 10*(3), 329-335.
- Bulik, C.M., Sullivan, P., Carter, A., et al. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry (37)*, 368–374.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., et Thompson, J.K. (2006). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology, 12*(4), 421-433.
- Callahan, C., Rousseau, A., Knotter, A., Bru, V., Danel, M., Cueto, C., Chabrol, H. (2003). Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *L'encéphale (1)*, 239-247.
- Cantin, S., et Boivin, M. (2004). Change and stability in children's social network and self-perceptions during transition from elementary to junior high school. *International Journal of Behavioral Development, 28*(6), 561-570.  
<http://dx.doi.org/10.1080/01650250444000289>

- Carney, J. M., et Scott, H. L. (2012). Eating issues in schools: Detection, management, and consultation with allied professionals. *Journal of Counseling et Development*, 90 (3), 290-297.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., et Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671-679. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291703001168>
- Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., et Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 167-172.
- Cash, T. F. (2011). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. Dans T. F. Cash et L. Smolak (Éds.), *Crucial considerations in the assessment of body image* (pp. 129-137). New York, NY : Guilford Press.
- Cedraschi, C., Allaz, A. F., et Piguet, V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et Analgésie*, 11 (2), 91-95. <http://dx.doi.org/10.1007/bf03013290>
- Chapman, J., et Woodman, T. (2016). Disordered eating in male athletes: a meta-analysis. *Journal of Sports Sciences*, 34 (2), 101-109. <http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2015.1040824>
- Chatterton, J. M., et Petrie, T. A. (2013). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among male collegiate athletes. *Eating Disorders*, 21(4), 328-341. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.797822>
- Chavez, M., et Insel, T. R. (2007). Eating Disorders: National Institute of Mental Health's Perspective. *The American psychologist*, 62(3), 159-166. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.159>
- Choate, L. H. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling et Development*, 83 (3), 320-330.
- Ciao, A. C., Loth, K., et Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current Psychiatry Reports*, 16(7), 453. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>



- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Presses de l'université de Montréal.
- Clark, L., et Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: a prospective study. *Developmental psychology*, 44(4), 1124- 1134.
- Cloutier, R., et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal : G. Morin.
- Colman, I., Murray, J., Abbott, R. A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T. J., et Jones, P. B. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a2981>
- Combs, J.L., Pearson, C.M., Tamika, C.B., Zapolski, M.S., et Smith, M.S. (2013). Preadolescent disordered eating predicts subsequent eating dysfunction. *Journal of Pediatrics psychology*, 38(1), 41-49.
- Conseil Supérieur de l'Éducation (2010). regards renouvelés sur la transition entre le secondaire et le collégial. Québec : Gouvernement du Québec.
- Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis : psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Corriveau, C. (2007). *Arrimage secondaire-collégial : démonstration et formalisme*. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Montréal, QC.
- Couture, S. (2010). *Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC.
- Couturier, J., et Lock, J. (2007). A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 173-176.
- Cox, R. H. (2007). *Sport psychology : concepts and applications*. Boston : McGraw-Hill.

- Crahay, M., et Fagnant, A. (2007). À propos de l'épistémologie personnelle : un état des recherches anglo-saxonnes. *Revue française de pédagogie*, 161 (4), 79-117.
- Crahay, M., Wanlin, P., Issaieva, É., et Laduron, I. (2010). Fonctions, structuration et évolution des croyances (et connaissances) des enseignants. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation* (172), 85-129.
- Creswell, J. W., et Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development : A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry of Behavior*, 86, 189-199.
- Crisp, A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(3), 147-152.
- Crisp, A. H. (1990). *Anorexia nervosa : let me be*. London : Baillière Tindall.
- Crisp, A. H., Hall, A., et Holland, A. J. (1985). Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family. *International Journal of Eating Disorders*, 4(1), 5-27.
- Currie, A. (2010). Sport and Eating Disorders - Understanding and Managing the Risks. *Asian Journal of Sports Medicine*, 1(2), 63-68.
- Currin, L., Waller, G., et Schmidt, U. (2009). Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: do they affect clinical actions? *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 453-458.  
<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20636>
- Daddis, C. (2008). Influence of close friends on the boundaries of adolescent personal authority. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 75-98.

- Dalle Grave, R.D., de Luca, L. et Campello, G. (2001). Middle school primary prevention programme for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9, 327-37.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Delouvé et P. Rateau (Éds.), *Les représentations sociales* (pp. 85-102). Bruxelles : de Boeck.
- Deimel, J. F., et Dunlap, B. J. (2012). The female athlete triad. *Clinics in sports medicine*, 31(2), 247-254.
- Demazeux, S. (2008). Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? *Philonsorbonne*, 6 (1), 17-25. <http://dx.doi.org/10.1007/s11836-008-0049-z>
- Desrosiers, J., et Larivière, N. (2014). Application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de la personnalité limite. Dans J. Desrosiers et N. Larivière (Éds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. (pp. 258-281) : Presses de l'Université du Québec.
- Downey, C. A., et Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8(4), 497-503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.02.002>
- Drapeau, S., Deschenes, M., Lavallée, C., et Lepage, L. (2002). Soutien social [Chapitre 1]. Dans S. Drapeau, M. Deschenes, C. Lavallée et L. Lepage (Éds.), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* : Institut de la statistique du Québec.
- Eide, E. R., Showalter, M. H., et Goldhaber, D. D. (2010). The relation between children's health and academic achievement. *Children and Youth Services Review*, 32(2), 231-238. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.019>
- Eisenberg, D., Hunt, J. et Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 60-67.

- Eisenberg, M. E., Berge, J. M., Fulkerson, J. A., et Neumark-Sztainer, D. (2012 a). Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. *Journal of behavioral medicine*, 35(5), 500-508.
- Eisenberg, M.E., Wall, M., Shim, J.J., Bruening, M, Loth, K. et Neumark-Sztainer, D. (2012 b). Associations between friend's disordered eating and muscle-enhancing behaviors. *Social Science & Medicine*, 75, 2242-2249.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crises*. New York : Norton compagny.
- Ettner, S.L., Frank, R.G. et Kessler, R.C. (1997). The impact of psychiatric disorders on labor market outcomes. *Industrial and Labor Relations Review*, 51, 64-81.
- Expertise Collective INSERM. (2002). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, FR : Editions INSERM
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York : Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive-behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Flamment, M. et Jeammet, P. (2002). *La boulimie : comprendre et traiter*. Paris : Masson.
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., et Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 272-284.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
- Filaire, E., Rouveix, M., et Bouget, M. (2007). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science et Sports*, 23 (2), 49-60.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent Medicine*, 14 (1), 149-158.
- Forbush, K., Heatherton, T.F., et Keel, P.K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*(40), 37-41.

- Fortes, L. de S., Kakeshita, I. S., Almeida, S. S., Gomes, A. R., et Ferreira, M. E. (2014). Eating behaviours in youths: A comparison between female and male athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine et Science in Sports*, 24 (1), 62-68. <http://dx.doi.org/10.1111/sms.12098>
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Fragkos, K. C., et Frangos, C. C. (2013). Assessing Eating Disorder Risk: The Pivotal Role of Achievement Anxiety, Depression and Female Gender in Non-Clinical Samples. *Nutrients*, 5(3), 811-828. <http://dx.doi.org/10.3390/nu5030811>
- Gagnon, H. (2009). L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique. Québec Institut national de santé publique du Québec.
- Garcia Hejl, C., Garcin, J. M., Garcia, C., Bigaillon, C., Ceppa, F., et Burnat, P. (2008). Addiction au sport et anorexie. *Pathologie Biologie*, 56 (1), 43-45. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.patbio.2007.06.004>
- Garfinkel, P. E., et Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa : a multidimensional perspective*. New York : Brunner/Mazel.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2(2), 15-34.
- Gaudet, S. (2005). Responsabilité et identité : dans les parcours d'entrée dans l'âge adulte : qu'est-ce que répondre de soi à l'âge adulte ? *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 42(1), 25-50.
- Germain, F. (2017). *Évolution des symptômes dépressifs et anxieux lors de la transition secondaire-collégial, leur influence sur l'adaptation collégiale en lien avec le soutien social et l'identité vocationnelle* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal, QC.

- Gicquel, L., Pham-Scottez, A., et Satori, N. (2008). La prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adultes. *Soins Psychiatrie* (257), 29-34.
- Giddan, N. S. (1988). *Community and social support for college students*: Charles C Thomas, Publisher.
- Giel, K. E., Hermann-Werner, A., Mayer, J., Diehl, K., Schneider, S., Thiel, A. et Zipfel, S. (2016). Eating disorder pathology in elite adolescent athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 553-562.
- Goleman, D. (1997). *L'Intelligence émotionnelle : comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris : Laffont.
- Gowers, S.G. (2008). Management of eating in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* (93), 331-334.
- Grabe, S., Ward, L. M., et Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-476.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., et Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, 17(4), 479-496.
- Grebot, E., et Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163 (7), 561-567.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.07.015>
- Green, M. W., et Rogers, P. J. (1995). Impaired cognitive functioning during spontaneous dieting. *Psychological Medicine*, 25(5), 1003-1010.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating disorders*, 15(1), 63-80.
- Grønkvær, M., Curtis, T., de Crespigny, C., et Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16-30.

- Haase, A. M. (2009). Physique Anxiety and Disordered Eating Correlates in Female Athletes: Differences in Team and Individual Sports. *Journal of Clinical Sport Psychology, 3* (3), 218-231. <http://dx.doi.org/10.1123/jcsp.3.3.218>
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., et Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of general psychiatry, 62*(7), 776-781.
- Harper, T.O.P., et Hardmann, L. (2003). School, eating disorders and academic achievement: a formula for failure. *Hope ans Healing, 8*(2), retrieved august 16, 2018, from <http://centerforchange.com/n-letter/8-2.php#d>
- Harshbarger, J., Ahlers-Schmidt, C., Atif, M., Allred, E., Carroll, M., et Hauser, R. (2011). School counselors' knowledge of eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 16*(2), 131-136.
- Hartley, M. T. (2012). Assessing and promoting resilience: An additional tool to address the increasing number of college students with psychological problems. *Journal of College Counseling, 15*(1), 37-51.
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., et Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review, 33*(1), 168-181.
- Hellings, B., et Bowles, T. (2007). Understanding and managing eating disorders in the school setting. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 17*(1), 60-67.
- 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*(3), 456-470.
- Hicks, T., et Heastie, S. (2008). High school to college transition: a profile of the stressors, physical and psychological health issues that affect the first-year on-campus college student. *Journal of Cultural Diversity, 15*(3), 143-147.
- Hoek, H. W., et Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders, 34*(4), 383-396.

- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., et Joiner Jr, 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.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., et Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hunt, J. S., et Rothman, A. J. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48 (3), 289-300.
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Gouvernement du Québec.
- Ismailova, D., et Gazdowska, Z. (2016). Eating disorders in sport: Review of prevalence, risk factors, and studies of eating disorders in highly competing athletes. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 351-358.
- Izydorczyk, B. (2013). Selected psychological traits and body image characteristics in females suffering from binge eating disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 19-33.
- Izydorczyk, B., et Sitnik-Warchulska, K. (2018). Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. *Frontiers in psychology*, 9, 429.
- Jackson, T., et Chen, H. (2011). Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 454-464.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0022122>



- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., et Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939-1949. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291710002631>
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. et Turner, L.A. (2007). Towards a definition of mixed method research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133.
- Johnson, M. D. (1994). Disordered eating in active and athletic women. *Clinics in Sports Medicine*, 13(2), 355-369.
- Joiner, T. E., Jr., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., et Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 145-153.
- Jorm, A.F., Kortean, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., et Politt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Kakaï, G., Sodjinou, E., et Fonton, H. H. (2006). *Conditions d'application des méthodes statistiques paramétriques : applications sur ordinateur*. Cotonou, Bénin : Bibliothèque nationale.
- Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 52-59.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C.M., Kaprio, J., et Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259-1265.

- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Linna, M., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C., Rissanen, A., et Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39, 823-831.
- Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H. C., et von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 245-251.
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., et Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032.  
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.7.1026>
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., et Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 936-940.
- Knightsmith, P., Treasure, J., et Schmidt, U. (2014). We don't know how to help: an online survey of school staff. *Child Adolesc Mental Health*, 19(3), 208 - 214.
- Knightsmith, P., Treasure, J., et Schmidt, U. (2013). Spotting and supporting eating disorders in school: recommendations from school staff. *Health Education Research*, 28(6), 1004-1013. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyt080>
- Kong, P., et Harris, L. M. (2014). The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *The Journal of Psychology*, 149(1-2), 141-160.  
<http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2013.846291>
- Koszewski, W., Chopak, J. S., et Buxton, B. P. (1997). Risk Factors for Disordered Eating in Athletes. *Athletic Therapy Today*, 2(2), 7-11.  
<http://dx.doi.org/10.1123/att.2.2.7>
- Krentz, E. M., et Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 375-382.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.03.004>

- Krueger, R. A. (2000). *Focus groups : A practical guide for applied research* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notions et étapes. Dans J.-P. Deslauriers, L. – H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer et A. P. Pirès, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.35-51). Boucherville : G. Morin.
- Lalande, A. (2002). *Dictionnaire de philosophie*. PUF, Paris.
- Landry, D., Bergeron, G., Dumont, D. et Roy, S. (2016). *L'occupation des temps sociaux et les projets d'avenir d'étudiant du collégial de la Mauricie*. Document inédit. Rapport de recherche de l'Association des collèves privés du Québec.
- Lanfranchi, M. C., Maiano, C., Morin, A., et Therme, P. (2014). Prevalence and sport-related predictors of disturbed eating attitudes and behaviors: Moderating effects of sex and age. *Scandinavian Journal of Medicine et Science in Sports*, 24 (4), 622-633.
- Latner, J.D., Hildebrandt, T., Rosewall, J.K., Chisholm, A.M., et Hayashi, K. (2007). Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behavior Research and Therapy* (45), 2203–2211.
- Lawler, M., et Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9500-2>
- Leung, F., Geller, J., et Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 249-256.
- Levine, M. P., et Murnen, S. K. (2009). « Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders » : A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42.
- Levine, M. P., et Smolak, L. (2005). *Prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum

- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rao, R., Nagy, L., & Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, *30*, 1399–1410.
- Linville, D., Stice, E., Gau, J., et O'neil, M. (2011). Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: A 3-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *44*(8), 745-751.
- Loiselle, J., et Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives*, *27* (1), 40-49.
- Loth, K. A., MacLehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S., et Neumark-Sztainer, D. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *55*(5), 705-712.
- Lowe, M. R., et Butryn, M. L. (2007). Hedonic hunger: a new dimension of appetite? *Physiology et behavior*, *91* (4), 432-439.
- Lynn, C. J., McKay, M. M., et Atkins, M. S. (2003). School Social Work: Meeting the Mental Health Needs of Students through Collaboration with Teachers. *Children et Schools*, *25*(4), 197-209. <http://dx.doi.org/10.1093/cs/25.4.197>
- Maïano, C., Morin, A. J., Lanfranchi, M. C., et Therme, P. (2015). Body-related Sport and Exercise Motives and Disturbed Eating Attitudes and Behaviours in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 277-286.
- Maïano, C., Morin, A. J. S., Monthuy-Blanc, J., Garbarino, J.-M., et Stephan, Y. (2009). Eating Disorders Inventory: Assessment of its Construct Validity in a Nonclinical French Sample of Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*(4), 387- 404.
- Mäkinen, M., Puukko-Viertomies, L.-R., Lindberg, N., Siimes, M. A., et Aalberg, V. (2012). Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: additional role of self-esteem and eating habits. *BMC psychiatry*, *12*(1), 35.

- Marcos, Y. Q., Sebastián, M. Q., Aubalat, L. P., Ausina, J. B., et Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206.
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K., et 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(1), 70-76. <http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2009.068668>
- Martinsen, M., et Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine et Science in Sports et Exercise*, 45 (6), 1188-1197.
- Massé, L., Desbiens, N. et Lanaris, C. (2015). *Les troubles du comportement à l'école. Prévention, évaluation et intervention*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*(53), 205-220.
- Matera, C., Nerini, A., et Stefanile, C. (2013). The role of peer influence on girls' body dissatisfaction and dieting. *European Review of Applied Psychology*, 63(2), 67-74.
- Mattanah, J.F., Ayers, J.F., Brand, B.L., Brooks, L.J., Quimby, J.L. et McNary, S. W. (2010). A social support intervention to ease the college transition: exploring main effects and moderators. *Journal of College Student Development*, 51(1), 93-108.
- McCabe, M. P., Fuller-Tyszkiewicz, M., Mellor, D., Ricciardelli, L., Skouteris, H., et Mussap, A. (2012). Body satisfaction among adolescents in eight different countries. *Journal of health psychology*, 17(5), 693-701.
- McCabe, M. P., et Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *The Journal of Social Psychology*, 143(1), 5-26.
- McCabe, M. P., et Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 653-668.

- McCreary, D. R. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, psychometrics, and research findings. In J. K. Thompson et G. Cafri (dir.), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspective* (pp. 87–106). Washington, DC : American Psychological Association.
- McFarlane, T., Olmsted, M. P., et Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 587-593. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20550>
- McGregor, R. (2017). *Orthorexie, quand manger sain devient obsessionnel*. Paris : Dunod.
- McLeod, J. D., Uemura, R., et Rohrman, S. (2012). Adolescent Mental Health, Behavior Problems, and Academic Achievement. *Journal of health and social behavior*, 53(4), 482-497. <http://dx.doi.org/10.1177/0022146512462888>
- Mehler, P. S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *International Journal of Eating Disorders*, 44 (2), 95-104. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20825>
- Mehler, P. S., Krantz, M. J., et Sachs, K. V. (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 15. <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-015-0041-7>
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L., Yeow, J., et Daliza, N. (2009). Sociocultural influences on body dissatisfaction and body change behaviors among Malaysian adolescents. *Body image*, 6 (2), 121-128.
- Merwin, R.M., Zucker, B.L., Lacy, J.L., et Elliott, C.A. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion*, 24(5), 892-902.
- Métayer, M. (1991). *Transition du secondaire au Cégep Ste-Thérèse*, QC : collège Lionel-Groulx.
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32 (4), 314-363. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-3010.2007.00668.x>

- Miller, D. N. (2010). Assessing internalizing problems and well-being. In G. Gimpel Peacock, R. A. Ervin, E. J. Daly III, & K. W. Merrell (Eds.), *Practical handbook of school psychology: Effective practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 175–191). New York: Guilford.
- Miller, D. N., et Jome, L. M. (2010). School psychologists and the secret illness: Perceived knowledge, role preferences, and training needs regarding the prevention and treatment of internalizing disorders. *School Psychology International*, 31(5), 509-520. <http://dx.doi.org/10.1177/0143034310382622>
- Mintz, L. B., et Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 463.
- Mintz, L. B., O'Halloran, M. S., Mulholland, A. M., et Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses : Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 63-79. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.44.1.63>
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., et Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health*, 14, 943-952.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., et Beumont, P. J. (2004). Beliefs of women concerning causes and risk factors for bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 463-469.
- Monthuy-Blanc, J. (2009). *Fonctionnement du concept de soi : facteur prévisionnel des symptômes anorexiques*. (Thèse de doctorat). Disponible chez ProQuest Dissertations et Theses Full Text.
- Monthuy-Blanc, J. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire*. Montréal : Éditions JFD.
- Monthuy-Blanc, J., Bonanséa, M., et Côté, M.É. (2018a). Population-cible des troubles du comportement alimentaire. Dans J. Monthuy-Blanc, *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 75-79). Montréal : Éditions JFD.

- Monthuy-Blanc, J., Bonanséa, M., et Julien, A. (2018 b). Prévention primaire des TCA. Dans J. Monthuy-Blanc, *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire* (pp. 115-119). Montréal : Éditions JFD.
- Monthuy-Blanc, J., Blier, C., Boily-Tremblay, J., Dubois, D., Trudel, M., Berger, J., et Daigneault, M. (2014). Concomitance entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles liés à l'usage de substances. *Guide de recommandations à l'intention des intervenants*. Québec, : Les Presses des Universités du Québec.
- Monthuy-Blanc, J., et Bonanséa, M. (2014). Eating disorders in athletes. Dans M. Probst et A. Carraro (dir.), *Mental health and physical activity from a practice oriented perspective* (pp. 117-121). Italia: Edi ermes.
- Monthuy-Blanc, J., Maiano, C., Morin, A. J., et Stephan, Y. (2012). Physical self-concept and disturbed eating attitudes and behaviors in French athlete and non-athlete adolescent girls: direct and indirect relations. *Body image*, 9 (3), 373-380.
- Monthuy-Blanc, J., Bonanséa, M., Maïano, C., Therme, P., Lanfranchi, M-C., Pruvost, J. et Serra, J-M. (2010). Guide de recommandations : prévention des troubles du comportement alimentaire des sportifs à destination des professionnels et/ou des bénévoles du sport et de la santé. France : Fédération Française d'Athlétisme
- Morgan, D.L. (2004). Focus group. Dans S.N. Hesse-Biber et P. Leavy (dir.), *Approaches to Qualitative Research*, (pp. 263-285). New York : Oxford University Press.
- Morris, A. M., et Katzman, D. K. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatrics et Child Health*, 8 (5), 287-289.
- Moscone, A.-L., Leconte, P., et Le Scanff, C. (2014). L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Movement et Sport Sciences*, 84 (2), 51-59. <http://dx.doi.org/10.1051/sm/2013084>
- Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.897>



- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu : des documents et des communications*. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Muro-Sans, P., Amador-Campos, J., et Peró-Cebollero, M. (2006). Factor structure of eating disorders inventory-2 in a Spanish sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(2), 42-52.
- Mustapic, J., Marcinko, D., et Vargek, P. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 329-335.
- Needham, B. L. (2009). Adolescent depressive symptomatology and young adult educational attainment: an examination of gender differences. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 179-186.
- Nelson, M. C., Story, M., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., et Lytle, L. A. (2008). Emerging adulthood and college-aged youth: an overlooked age for weight-related behavior change. *Obesity*, 16(10), 2205-2211.  
<http://dx.doi.org/10.1038/oby.2008.365>
- Nelson, J.M. et Gregg, N. (2012). Depression and anxiety among transitioning adolescents and college students with ADHD, dyslexia, or comorbid ADHD/dyslexia. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 244-254.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., et Collier, T. (1999). Perceptions of secondary school staff toward the implementation of school-based activities to prevent weight-related disorders: A needs assessment. *American Journal of Health Promotion*, 13(3), 153-156.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E., et Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Larson, N., Story, M., Fulkerson, J. A., Eisenberg, M. E., et Hannan, P. J. (2012). Secular trends in weight status and weight-related attitudes and behaviors in adolescents from 1999 to 2010. *Preventive medicine*, 54(1), 77-81.

- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiologic interview investigation. *Acta Socio-medica Scandinavica*, 3(1), 17-26.
- O'Dea, J. A., et Abraham, S. (2001). Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education*, 33 (6), 332-340.
- O'Dea, J.A. et Abraham, S. (2006). Knowledge, beliefs, attitudes and behaviors related to weight control, eating disorders and body image in Australian trainee home economics and physical education. *Journal of Nutrition Education*, 33 (6), 332-340.
- Ohlmer, R., Jacobi, C., et Taylor, C. B. (2013). Preventing symptom progression in women at risk for AN: results of a pilot study. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 323-329. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2225>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Ouellet, F., et Mayer, R. (1991). *Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris : A. Colin.
- Paillères-Martinot, M.L. (2009). Recherche en neuroimagerie et adolescence. *Adolescence*, 69 (3), 733-744. <http://dx.doi.org/10.3917/ado.069.0733>
- Palmer, B. (2008). Epidemiology, diagnosing, and assessing eating disorders. *Psychiatry*, 7(4), 143-146.
- Penedo, F. J., et Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189-193.
- 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.

- Pike, K. M., et Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 198-204.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M. P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., et Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes Dans V. Valéry Ridde et C. Dagenais (Éds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 123-141). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pollatos, O., Kurz, A., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schopf, V., et al. (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors, 9*(4), 381-388.
- Polivy, J., et Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology, 53*(1), 187-213.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., et Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 38*(6), 548-557.
- Price, J. A., Desmond, S. M., Price, J. H., et Mossing, A. (1990). School counselors' knowledge of eating disorders. *Adolescence, 25* (100), 945-957.
- Prichard, I., et Tiggemann, M. (2005). Objectification in fitness centers: Self-objectification, body dissatisfaction, and disordered eating in aerobic instructors and aerobic participants. *Sex roles, 53*(1-2), 19-28.
- Probst, M., Monthuy-Blanc, J., M., A., et Hausenblas, H. (2014). Eating disorders and physical activity: A complex relationship. Dans M. Probst et et A. Carraro (Éds.), *Physical activity and mental health. A practice-oriented approach* (pp. 117-123). Italia: Edi ermes.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szukler, G.I., et Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry, (158)*, 495-502.
- Rayner, K. E., Schniering, C. A., Rapee, R. M., et Hutchinson, D. M. (2013). A longitudinal investigation of perceived friend influence on adolescent girls' body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology, 42* (5), 643-656.  
<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.743103>

- Reas, D. L. (2017). Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients*, 9(11). <http://dx.doi.org/10.3390/nu9111267>
- Richard, R., et Marcotte, D. (2015). Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents. *Canadian Journal of Education*, 38 (1).
- Richardson, V. (1996). The role of attitudes and beliefs in learning to teach. Dans J. Sikula (Éd.), *Handbook of Research on Teacher Education* (pp. 102-119). New York: MacMillan.
- Ridley, D. S., et Walther, B. (1995). *Creating responsible learners: The role of a positive classroom environment*: American Psychological Association.
- Robinson, A. L., Boachie, A., et Lafrance, G. A. (2013). « I want help! » Psychologist experience and needs in the management of eating disorders in children and adolescents in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 54 (3), 160-165.
- Rochaix, D., Gaëtan, S., et Bonnet, A. (2017). Troubles alimentaires, désirabilité sociale, insatisfaction corporelle et estime de soi physique chez les étudiantes de première année. *Annales Médico-Psychologiques*, (175), 363-369.
- Rodgers, R., Chabrol, H., et Paxton, S. J. (2011). An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. *Body Image*, 8(3), 208-215.
- Rodgers, R. F. (2016). The role of the "Healthy Weight" discourse in body image and eating concerns: An extension of sociocultural theory. *Eating Behaviors*, 22, 194-198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.06.004>
- Roeser, R. W., et Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. Dans A. J. Sameroff, M. Lewis et S. M. Miller (Éds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2<sup>e</sup> éd., pp. 135-156). New York : Academic/Plenum Publishers.
- Rojo, S., Bonanséa, M., et Monthuy-Blanc, J. (2017). La nécessité d'une psychopédagogie préventive au service de la santé globale des étudiants du collégial. Rapport de recherche-PREP.

- Rosenvinge, J. H., et Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders, part I: introduction to the series and a historical panorama. *Advances in Eating Disorders*, 3(1), 76-90. <http://dx.doi.org/10.1080/21662630.2014.898206>
- Rousseau, A., Callahan, S., et Chabrol, H. (2012). Representations and beliefs about eating disorders in a sample of French adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 247-251. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20887>
- Roy, J. (2015). *Les cégépiens et la réussite scolaire : un point de vue sociologique*. Les Presses de l'Université Laval : Québec.
- Russell, G. F. M. (1970). Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. Dans J. H. Price (dir.), *Modern trends in psychological medicine* (pp. 131-164). London : Butterworths.
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., et Nurmi, J. E. (2008). The role of educational track in adolescents' school burnout: A longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*, 78(4), 663-689.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc. (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (3<sup>e</sup> éd.) (p. 123-148). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Schiltz, L., et Brytek-Matera, A. (2009). Stratégies d'ajustement et mécanismes de défense dans les troubles du comportement alimentaire. Résultats d'une étude exploratoire à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57 (5), 335-343. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.09.011>
- Schlossberg, N. K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The counseling psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schulenberg, J. E. et Zarrett, N. R. (2008). Mental health during emerging adulthood : Continuity and discontinuity in courses, causes, and functions. Dans J. J. Amett et J.L. Tanner (dir.), *Emerging Adults in America : Coming of Age in the 21<sup>st</sup> Century* (p. 135-172). Washington, DC : American Psychological Association.

- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J., et Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16(4), 799-806.
- Schulenberg, J. E. et Maggs, J. L. (2002). A Developmental Perspective on Alcohol Use and Heavy Drinking During Adolescence and the Transition to Young Adulthood. *Journal of studies on alcohol*, 14, 54-70.
- Schwitzer, A. M. (2012). Diagnosing, conceptualizing, and treating eating disorders not otherwise specified: A comprehensive practice model. *Journal of Counseling et Development*, 90 (3), 281-289.
- Shafran, R., Cooper, Z., et Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism : a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shankland, R., et Rosset, E. (2017). Review of brief school-based positive psychological interventions : a taster for teachers and educators. *Educational Psychology Review*, 29, 363-392.
- Shankland, R. (2016). *Les troubles du comportement alimentaire, prévention et accompagnement thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Shea, M. E., et Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42(8), 1527-1537. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.026>
- Shisslak, C. M., Crago, M., et Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219.
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., et Fichter, M. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454-461.
- Shroff, H., et Thompson, J. K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3 (1), 17-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.004>

- Smolak, L., et Striegel-Moore, R. H. (1996). The implications of developmental research for eating disorders. Dans L. Smolak, M. P. Levine et R. Striegel-Moore (Éds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Smolak, L., Murnen, S.K., et Thompson, J.K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of men and masculinity*, 6(4), 227-239.
- Staff, J., Patrick, M. E., Loken, E., et Maggs, J. L. (2008). Teenage Alcohol Use and Educational Attainment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(6), 848-858.
- Steffen, K. J., Mitchell, J. E., Roerig, J. L., & Lancaster, K. L. (2007). The eating disorders medicine cabinet revisited: A clinician's guide to ipecac and laxatives. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 360-368.
- Steiner, H., et Lock, J. (1998). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 37(4), 352-359.  
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1097/00004583-199804000-00011>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Stice, E., Becker, C. B., et Yokum, S. (2013a). Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *International journal of eating disorders*, 46(5), 478-485. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22105>
- Stice, E., Marti, C. N., et Rohde, P. (2013 b). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 445.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., et Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a

- randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 329-340.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., et Gau, J. M. (2017). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(9), 883-895.
- Stice, E., et Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 130(2), 206.
- Stice, E., Shaw, H., et Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Stice, E., South, K., et Shaw, H. (2012). Future directions in etiologic, prevention, and treatment research for eating disorders. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 41 (6), 845-855.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of psychosomatic Research*, 24(6), 353-359.
- Suffolk, M. T. (2014). Competitive Bodybuilding : Positive Deviance, Body Image Pathology, or Modern Day Competitive Sport? *Journal of Clinical Sport Psychology*, 8(4), 339-356.
- Suisman, J. L., O'connor, S. M., Sperry, S., Thompson, J. K., Keel, P. K., Burt, S. A., Klump, K. L. (2012). Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 942-948.
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine et Science in Sports et Exercise*, 26 (4), 414-419.
- Sundgot-Borgen, J., Meyer, N. L., Lohman, T. G., Ackland, T. R., Maughan, R. J., Stewart, A. D., et Muller, W. (2013). How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission. *British Journal of Sports Medicine*, 47(16), 1012-1022.



- Sundgot-Borgen, J., et 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., et Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine et Science in Sports*, 20 Suppl 2, 112-121.
- Sundgot-Borgen, J., et Larsen, S. (1993). Pathogenic weight-control methods and self-reported eating disorders in female elite athletes and controls. *Scandinavian Journal of Medicine et Science in Sports*, 3 (3), 150-155.
- Sundquist, J., Ohlsson, H., Winkleby, M. A., Sundquist, K., et Crump, C. (2016). School Achievement and Risk of Eating Disorders in a Swedish National Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(1), 41-46.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., et Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 46 (2), 118-131.
- Tabler, J., et Geist, C. (2016). Young Women with Eating Disorders or Disordered Eating Behaviors: Delinquency, Risky Sexual Behaviors, and Number of Children in Early Adulthood. *Socius*, 2, 1-14.
- Tachikawa, H., Yamaguchi, N., Hatanaka, K., Kobayashi, J., Sato, S., Mizukami, K., Sugie, M. (2004). The Eating Disorder Inventory-2 in Japanese clinical and non-clinical samples: psychometric properties and cross-cultural implications. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 107-113.
- Tanner, J.L. (2006). Recentring during emerging adulthood: A critical turning point in life span human development. Dans J.J. Amett et J.L. Tanner (dir.). *Emerging adult in America: Coming of age in the 21st Century* (p. 21-55). Washington, DC : American Psychological Association.

- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Dechelotte, P., et Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412-420.
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., et Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. *BMC Public Health*, 13, 724.
- Taylor, C.B., Bryson, S.W., Altamn, T.M., Abascal, L., Celio, A., Cunning, D., Killen, J.D., Shisslock, C.M., Crago, M., Ranger-Moore, J., Cook, P., Ruble, A., Olmstead, M.E., Kraemer, H.C. et Smolak, L. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of McKnight longitudinal risk factors study. *American Journal of Psychiatry*(160), 248-254.
- Teddle, C., et Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Thein-Nissenbaum, J. M., Rauh, M. J., Carr, K. E., Loud, K. J., et McGuine, T. A. (2011). Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*, 41 (2), 60-69.
- Thompson, A., Petrie, T., et Anderson, C. (2017). Eating disorders and weight control behaviors change over a collegiate sport season. *Journal of science and medicine in sport*, 20(9), 808-813.
- Thompson, A. M., et Chad, K. E. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 183-189.
- Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., et Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 293-304. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10257>
- Thompson, R. A., et Sherman, R. T. (2014). *Eating disorders in sport*. New York : Routledge.

- Torres-McGehee, T. M., Leaver-Dunn, D., Green, J. M., Bishop, P. A., Leeper, J. D., et Richardson, M. T. (2011). Knowledge of eating disorders among collegiate administrators, coaches, and auxiliary dancers. *Perceptual and Motor Skills, 112*(3), 951-958. <http://dx.doi.org/10.2466/02.13.pms.112.3.951-958>
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., et 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 et Science in Sports, 18* (1), 108-118. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x>
- Torstveit, M. K., et Sundgot-Borgen, J. (2005). The female athlete triad exists in both elite athletes and controls. *Medicine et Science in Sports et Exercise, 37* (9), 1449-1459.
- Tucker, R., Watkins, P. L., et Cardinal, B. J. (2011). Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: an exploratory study. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 82*(2), 310-319. <http://dx.doi.org/10.1080/02701367.2011.10599759>
- Turcotte, O. (2016). *Les facteurs psychosociaux reliés à la dysmorphie musculaire* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Turgeon, M.-E., Forget, J., et Senécal, C. (2011). Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants. *Pratiques psychologiques, 17* (4), 315-328.
- Turgeon, M. È. K., Meilleur, D., et 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. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.01.001>
- Turk, J. C., Prentice, W. E., Chappell, S., et Shields, E. W. (1999). Collegiate Coaches' Knowledge of Eating Disorders. *Journal of Athletic Training, 34*(1), 19-24.
- Tylka, T. L., et Subich, L. M. (2003). Revisiting the latent structure of eating disorders: Taxometric analyses with nonbehavioral indicators. *Journal of Counseling Psychology, 50*(3), 276.

- Tylka, T.L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 226-240.
- Tylka, T.L., Calogero, R.M. et Danielsdottir, S. (2015). Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite*, 95, 166-175.
- Van der Maren, J.M. (2007). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Vanderlinden, J. (2000). *Overcome anorexia nervosa (Anorexia Nervosa overwinnen)*. Tielt, BE: Lannoo.
- Varnado-Sullivan, P. J., Parr, F., O'Grady, M. A., et Savoy, S. (2013). Educators' views of eating disorder prevention programs. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 143-150. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-013-0028-9>
- Vause, A. (2009). Les croyances et connaissances des enseignants à propos de l'acte d'enseigner. Vers un cadre d'analyse. *Les cahiers de recherche en éducation et formation*, 66, 3-28.
- Vaz-Leal, F.J., Rodríguez-Santos, L., García-Herráiz M.A., et Ramos-Fuentes, M.I. (2011). Neurobiological and psychopathological variables related to emotional instability : a study of their capability to discriminate patients with bulimia nervosa form healthy controls. *Neuropsychobiology*, 63(4), 242-251.
- Vezeau, C., et Bouffard-Bouchard, T. (2007). *Facteurs individuels et sociaux de l'adaptation réussie à la transition secondaire-collégial*. Rapport de recherche PAREA.
- Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., Waters, A. M., Farrell, L. J., Nesdale, D., et Downey, G. (2017). "Pretty Pressure" From Peers, Parents, and the Media: A Longitudinal Study of Appearance-Based Rejection Sensitivity. *Journal of Adolescent Research*, 27(4), 718-735. <http://dx.doi.org/10.1111/jora.12310>
- Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G., et Lowe, B. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 21. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0405-1>

- Westmoreland, P., Krantz, M. J., et Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- White, M. A., Masheb, R. M., et Grilo, C. M. (2009). Regimented and lifestyle restraint in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 326-331.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., et Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), 96-106.
- Wilkinson, R. B. (2012). Parents and adolescents. Challenges and misconceptions. Dans P. Noller et G. C. Karantzas (dir.), *The Willey-Blackwell handbook of couples and family relationships* (1 éd.): Blackwell Publishing Ltd.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., et Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20074>
- Wolf, E.M., et Crowther, J.H. (1983). Personality and eating habit variables as predictors of severity of binge eating and weight. *Addictive Behaviors*, 8(4), 335-344.
- Wonderlich, S. A., Joiner Jr, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A., et Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnoses: empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62(3), 167-180.
- Woodhall, A. J., Lowry Gordon, K., Caine-Bish, N., et Falcone, T. (2015). The Risk and Prevalence of Disordered Eating Behaviors in Freshmen College Students. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(9), A32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.111>
- Woolfolk Hoy, A., Davis, H. et Pape, S. J. (2006). Teacher knowledge and beliefs. *Handbook of Educational Psychology*(2), 715-738.

- Yager, Z., et O'Dea, J. A. (2005). The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: what are the issues? *Eating Disorders*, 13(3), 261-278. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260590932878>
- Yanover, T., et Thompson, J. K. (2008). Eating problems, body image disturbances, and academic achievement: preliminary evaluation of the eating and body image disturbances academic interference scale. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 184-187. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20483>
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 117-120.
- Zarrett, N. et Eccles, J. (2006). The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. *New Directions for Youth Development*, (111) 13-28.

ANNEXE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TCA

ANOREXIE MENTALE	BOULIMIE	TROUBLE D'ACCÈS HYPERPHAGIQUES
<p>A. Restriction alimentaire relative aux exigences menant à un poids très faible de corps dans le contexte de l'âge, du sexe, de la trajectoire de développement, et de la santé physique.</p> <p>B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant qui interfère avec le gain 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 persistant de reconnaître la gravité de son faible poids corporel.</p>	<p>A. Survenue récurrente de crises de boulimie.</p> <p>B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.</p> <p>C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 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>	<p>A. Survenue récurrente de crises de boulimie.</p> <p>B. Durant les crises de boulimie, au moins trois des critères suivants d'absence de contrôle sont présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prise alimentaire nettement plus rapide que la normale.</li> <li>2) L'individu mange jusqu'à l'apparition de sensations de distension abdominale inconfortable.</li> <li>3) Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation physique de faim.</li> <li>4) Prises alimentaires solitaires afin de cacher aux autres les quantités ingérées.</li> <li>5) Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de grande culpabilité après avoir mangé.</li> </ol> <p>C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.</p> <p>D. Le comportement boulimique survient en moyenne au moins une fois par semaine sur une période de 3 mois.</p> <p>E. Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés réguliers comme dans la boulimie et ne survient pas au cours d'une boulimie ou d'une anorexie mentale.</p>



ANNEXE B

TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTAPES DE LA RECHERCHE

<b>Quelle est la réalité des ACAI en contexte collégial québécois ?</b>				
<b>Sessions</b>	Automne 2014 – Hiver 2015	Été 2015	Hiver 2016 et hiver 2017	Été 2016 et hiver 2017
<b>Étapes</b>	Présentation	CER	Phase 1 quantitative	Phase 2 qualitative
<b>Objectif général</b>			Dresser le portrait des ACAI dans un contexte collégial québécois selon un double regard	
<b>Objectifs des phases de la recherche</b>	s.o.	s.o.	Documenter les ACAI chez les étudiants	Identifier et décrire les connaissances et les croyances des enseignants en lien avec les ACAI.
<b>Sous-objectifs/questions</b>	s.o.	s.o.	Sous-objectif 1 : Comparer les ACAI et facteurs d'influence des ACAI chez les étudiants.  Sous-objectif 2 : Identifier les facteurs d'influence qui prédisent les ACAI.	Que connaissent les enseignants des TCA ? Quelle est leur perception du vécu de leurs étudiants par rapport aux TCA ? Quel(s) rôle(s) peuvent-ils jouer ?
<b>Échantillon</b>	s.o.	s.o.	n = 165	n = 30
<b>Instruments et outils</b>			Informations générales QDTCA EDI-A-24	Questionnaire Groupe de discussion Enregistrement audio

---

<b>Analyses</b>	Descriptives Chi-carré Test-t Régressions linéaires simples	Analyse de contenu Codage mixte Recours à un ami-critique
-----------------	--	---

---

ANNEXE C

QUESTIONNAIRES D'INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

## Questionnaire 1

### CONSIGNES

Dans ce questionnaire, vous trouverez 34 questions et sous-questions. Lisez attentivement chacune d'entre elles et inscrivez, ou cochez votre réponse. Sachez qu'il n'y a pas de bonne réponse, elle doit avant tout être personnelle.

Nom : .....	Date :.....
Prénom :.....	Taille :.....Pieds OU..... Centimètres
Poids : ..... Livres ou kilogrammes	
Âge :.....	<input type="checkbox"/> Homme <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Femme</span>

### Questions relatives à l'état de santé

1. Suivez-vous un traitement médicamenteux ?

Oui     Non                      Si oui, lequel ? .....

2. Fumez-vous

Oui     Non                      Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? .....

3. Vous arrive-t-il d'avoir des problèmes de santé (excepté des blessures physiques) ?

	Souvent 5-6 fois/an	Quelque fois 2-3 fois/an	Rarement 1/an	Jamais
Rhume				
Grippe				
Otite				
Amydalite				
Anémie				
Asthme				
Problèmes respiratoires				
Reflux gastro- intestinal				
Gastro-entérite				



5. Avez-vous déjà consulté un(e) nutritionniste ?

Oui     Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions.**

**Si non, passez directement à la section suivante.**

5.1. Si oui, à quel moment (année) ? .....

5.2. À combien de reprises ? .....

### Questions relatives à l'histoire pondérale

1. Poids le plus élevé jusqu'à aujourd'hui :..... livres (lb) OU.....  
kilogrammes (kg)

2. Poids le plus bas depuis vos 12 ans :..... lb OU..... kg

3. À quel poids vous êtes-vous maintenu(e) le plus longtemps ? ..... lb  
OU..... kg

4. Quelle a été votre perte de poids la plus importante jusqu'à aujourd'hui ?  
..... lb OU..... kg

4.1. Avez-vous perdu ce poids intentionnellement ?     Oui     Non

**Si oui, continuez à répondre à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, passez directement à la question 5.**

4.2. Pour quelle(s) raison (s) avez-vous perdu ce poids ?

.....  
.....  
.....



4.3. De quelle manière avez-vous perdu ce poids ?

.....  
 .....

4.2. Jusqu'où votre poids est-il descendu à ce moment ? ..... lb OU..... kg

4.3. À quel âge avez-vous atteint ce poids ? ..... ans

5. Quel poids aimeriez-vous peser ? ..... lb OU..... kg

5.1. Pour quelle(s) raison(s) aimeriez-vous peser ce poids ?

.....  
 .....

### Questions relatives à l'entourage

1. Ressentez-vous une pression pour mincir ou être mince ?

Oui     Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, passez directement à la question 3.**

2. Ressentez-vous cette pression de la part de :

Votre famille             Vos ami(e)s             Votre petit(e) ami(e)

Votre entraîneur         Vos coéquipier(ière)s     Vous-même

Votre (vos) enseignant(s)     Votre aide pédagogique individuelle

Autre, précisez :.....

Si vous ressentez de la pression de la part de votre (vos) enseignant(s), précisez la ou les discipline(s) enseignée(s) :.....

3. Avez-vous des relations harmonieuses avec vos ami(e)s ?  Oui     Non

4. Avez-vous des relations harmonieuses avec votre famille ?  Oui     Non

5. Vous arrive-t-il de privilégier votre pratique sportive à votre vie sociale ?

Oui     Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, passez directement à la section suivante.**

5.1. Quelles sont les raisons qui expliquent ce choix :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

5.2. Cela vous arrive-t-il :     Rarement     Habituellement     Souvent

### **Questions relatives à la pratique sportive**

1. Quelle(s) activité(s) physique(s) et sportive(s) pratiquez-vous ?

Activité 1.....  
 Activité 2.....  
 Activité 3.....

**Si vous ne pratiquez aucune activité, passez directement à la section suivante.**

2. À quel âge avez-vous commencé à pratiquer cette (ces) activité(s) physique(s) et sportive(s) ?

Activité 1.....  
 Activité 2.....  
 Activité 3.....

3. Depuis combien de temps pratiquez-vous cette (ces) activité(s) ?

Activité 1.....  
 Activité 2.....  
 Activité 3.....

4. Combien de fois pratiquez-vous cette (ces) activité(s) durant la semaine ?

Activité 1.....  
 Activité 2.....  
 Activité 3.....

5. Vous entraînez-vous plusieurs fois par jour ?

Activité 1      Oui  Non  
 Activité 2      Oui  Non  
 Activité 3      Oui  Non

6. En général, combien de temps pratiquez-vous votre activité physique et sportive à chaque séance ?

Activité 1..... min  
 Activité 2..... min  
 Activité 3..... min

7. À quel niveau pratiquez-vous votre activité physique et sportive ?\*

Activité 1 —  Loisir 1  Loisir 2     Régional     Provincial  National ou International  
 Activité 2 —  Loisir 1  Loisir 2     Régional     Provincial  National ou International  
 Activité 3 —  Loisir 1  Loisir 2     Régional     Provincial  National ou International

\*Loisir 1 : vous pratiquez cette activité pour le plaisir

Loisir 2 : vous ne participez pas à des compétitions, mais vous pratiquez cette activité dans le but d'y participer

8. À combien de compétitions participez-vous par an ? .....

8.1. Listez ces compétitions et indiquez la fréquence de ces compétitions par an (p. ex. : 4 rencontres intercollégiales en hockey).

9. Pour quelle(s) raison(s) pratiquez-vous cette activité physique et sportive ?

Activité 1 —  Bien-être     Performance  Perte de poids     Autre :.....  
 Activité 2 —  Bien-être     Performance  Perte de poids     Autre :.....  
 Activité 3 —  Bien-être     Performance  Perte de poids     Autre :.....

10. En dehors d'une raison thérapeutique, pratiquez-vous une activité physique et sportive lorsque vous avez un problème de santé ?

Oui     Non

**Si oui, continuez de répondre aux questions suivantes.**

**Si non, passez directement à la question 11.**

10.1. Avec quel(s) type(s) de problème(s) de santé pratiquez-vous une activité physique et sportive ?

.....  
 .....

10.2. Si vous vous entraînez, le faites-vous :

- À une intensité moindre que lorsque vous n'êtes pas malade ?
- À la même intensité que lorsque vous n'êtes pas malade ?
- À une intensité supérieure que lorsque vous n'êtes pas malade ?

11. En dehors d'une raison thérapeutique, pratiquez-vous une activité physique et sportive lorsque vous êtes blessé(e) ?

Oui     Non

**Si oui, continuez de répondre aux questions suivantes.**

**Si non, passez directement à la section suivante.**

11.1. Avec quel(s) type(s) de blessure(s) pratiquez-vous ?

.....  
 .....

11.2. Si vous pratiquez, le faites-vous :

- À une intensité moindre que lorsque vous n'êtes pas blessé(e) ?
- À la même intensité que lorsque vous n'êtes pas blessé(e) ?
- À une intensité supérieure que lorsque vous n'êtes pas blessé(e) ?

<b>Questions relatives à la scolarité</b>
---

1. Dans quel programme d'études êtes-vous inscrit ?

.....

1.1. Dans quelle session êtes-vous inscrit(e) actuellement ? :  1    2    3    4

2. Avez-vous du mal à suivre dans votre programme d'études ?  Oui    Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, allez directement à la question 3.**

2.1. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous du mal à suivre dans votre programme d'études ? .....

.....

3. Avez-vous du mal à être attentif en classe ?  Oui    Non

**Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Quelle est votre moyenne académique ? .....

5. Combien de temps consacrez-vous aux études ?

Par jour..... heures

6. Ressentez-vous de la pression pour maintenir un niveau d'excellence académique afin de rester dans votre programme d'études actuel ?

Oui    Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, allez directement à la question 7.**

6.1. Si oui, ressentez-vous cette pression de la part de :

- Votre famille     Vos ami(e)s     Votre petit(e) ami(e)     Votre entraîneur  
 Vos coéquipier(ière)s     Vous-même     Votre (vos) enseignant(s)  
 Votre aide pédagogique individuelle     Autre, précisez : .....

Si vous ressentez de la pression de la part de votre (vos) enseignant(s), précisez la ou les discipline(s) enseignée(s) : .....

6.2. Avez-vous recours à des stratégies pour maintenir ce niveau d'excellence ?

- Oui     Non

Si oui, quelles sont-elles ?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Ressentez-vous de la pression pour maintenir un niveau **d'excellence sportive** afin de rester dans votre programme d'études actuel ?

- Oui     Non

**Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.**

**Si non, allez directement à la question 8.**

7.1. Ressentez-vous cette pression de la part de :

- Votre famille     Vos ami(e)s     Votre petit(e) ami(e)  
 Votre entraîneur     Vos coéquipier(ière)s     Vous-même  
 Votre (vos) enseignant(s)     Votre aide pédagogique individuelle

Autre, précisez :.....

Si vous ressentez de la pression de la part de votre (vos) enseignant(s), précisez la ou les discipline(s) enseignée(s) :

.....  
.....

7.2. Avez-vous recours à des stratégies pour maintenir ce niveau d'excellence ?

Oui  Non

Si oui, quelles sont-elles ?

.....  
.....  
.....

8. Inscrivez et ordonnez par ordre d'importance trois mots clés qui définissent vos aspirations en termes d'études et de carrière professionnelle ?

.....  
.....

**Merci de votre participation**

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE DIAGNOSTIC DES TCA



## Questionnaire 2

Nom : .....

Date : .....

**CONSIGNES** Dans ce questionnaire vous trouverez 12 questions et plusieurs sous-questions. Lisez attentivement chacune d'entre elles et inscrivez ou cochez votre réponse. Sachez qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

**1. Vous arrive-t-il fréquemment d'avoir des crises de suralimentation, c'est-à-dire de manger pendant un court laps de temps (par exemple 2 heures), une quantité de nourriture qui est en fait nettement plus grande que celle que la plupart des gens mangeraient dans la même durée de temps ?**

OUI                       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 3

1.1) À quelle fréquence avez-vous ces crises de suralimentation, en moyenne par semaine ?

1 fois             2 à 3 fois     4 à 5 fois     plus de 6 fois

1.2) Depuis combien de temps, en mois, avez-vous ces crises de suralimentation ?

1 mois             2 mois             3 mois             4 mois             5 mois             6-12 mois

1.3) À quel moment avez-vous ces crises de suralimentation (vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires     Autre.....

1.4) En général, pourquoi avez-vous cette ou ces crises de suralimentation ?

.....  
 .....

.....  
 .....

**2. Avez-vous l'impression de perdre le contrôle de vous-même durant cet épisode ; par exemple, l'impression que vous ne pouvez pas vous arrêter de manger ou que vous ne pouvez pas contrôler la quantité que vous mangez ?**

OUI       NON

**3. Vous faites-vous vomir ?**

OUI       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la **question 4**

3.1) À quelle fréquence, en moyenne par semaine le faites-vous ?

1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

3.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

3.3) À quel moment vous faites-vous vomir (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement       Après un entraînement  
 Avant une compétition       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires       Autre.....

3.4) En général, pourquoi vous faites-vous vomir ?

.....  
 .....

**4. Prenez — vous des laxatifs (médicament pour purger l'intestin) ?**

OUI       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 5

4.1) À quelle fréquence le faites-vous, en moyenne par semaine ?

1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

4.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

- 1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

4.3) À quel moment prenez — vous des laxatifs ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires       Autre.....

4.4) En général, pourquoi prenez-vous des laxatifs ?

.....  
 .....  
 .....

**5. Prenez — vous des diurétiques (médicament qui diminue la rétention d'eau) ?**     OUI       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 6

5.1) À quelle fréquence, en moyenne par semaine, le faites-vous ?

- 1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

5.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

- 1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

5.3) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires       Autre.....

5.4) En général, pourquoi prenez-vous des diurétiques ?

.....  
 .....  
 .....

**6. Pour des raisons autres que religieuses, est-ce que vous jeûnez (ne pas manger pendant 24 heures) ?**

- OUI                       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 7

6.1) À quelle fréquence, en moyenne par semaine le faites-vous ?

- 1 fois             2 à 3 fois     4 à 5 fois     plus de 6 fois

6.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

- 1 mois             2 mois             3 mois             4 mois             5 mois             6-12 mois

6.3) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires     Autre.....

6.4) En général, pourquoi jeûnez-vous ?

.....  
 .....  
 .....

## 7. Mâchez-vous la nourriture pour la recracher par la suite ?

- OUI                       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 8

7.1) À quelle fréquence le faites-vous, en moyenne par semaine ?

- 1 fois             2 à 3 fois     4 à 5 fois     plus de 6 fois

7.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

- 1 mois             2 mois             3 mois             4 mois             5 mois             6-12 mois

7.3) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition

En période d'examens scolaires     Autre.....

7.4) En général, pourquoi mâchez-vous la nourriture pour la recracher par la suite ?

.....  
 .....  
 .....

### 8. Faites-vous des lavements (injection liquide pour purger l'intestin) ?

OUI                       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 9

8.1) En moyenne, à quelle fréquence avez-vous ces crises de suralimentation par semaine ?

1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

8.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

8.3) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires     Autre.....

8.4) En général, pourquoi vous faites-vous des lavements ?

.....  
 .....  
 .....

### 9. Prenez-vous des médicaments « coupe-faim » ?

OUI                       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 10

9.1) À quelle fréquence, en moyenne par semaine le faites-vous ?

1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

9.2) Depuis combien de temps, le faites-vous ?

1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

9.3) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement       Après un entraînement  
 Avant une compétition       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires       Autre.....

9.4) En général, pourquoi prenez-vous des médicaments coupe-faim ?

.....  
 .....

#### 10. Faites-vous un régime strict ?

OUI       NON

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes

Si non, allez directement à la question 11

10.1) Quel type de régime faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Végétarien       Hypocalorique (moins de 1200 Kcal/jour)  
 Protéinique       Détox (cure permettant d'éliminer les toxines et nettoyer l'organisme)  
 Autre: .....

10.2) À quelle fréquence, en moyenne par semaine, le faites-vous ?

1 fois       2 à 3 fois       4 à 5 fois       plus de 6 fois

10.3) Depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois       2 mois       3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

10.4) À quel moment le faites-vous ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement       Après un entraînement  
 Avant une compétition       Après une compétition

En période d'examens scolaires     Autre.....

10.5) En général, pourquoi faites-vous un régime ?

.....  
 .....

### 11. Consommez-vous des boissons énergisantes ?

Oui                                       Non

Si oui, continuez à répondre aux questions suivantes.

Si non, allez directement à la question 12.

11.1) À quelle fréquence en consommez-vous, en moyenne par semaine ?

1 fois       2 à 3 fois     4 à 5 fois     plus de 6 fois

11.2) Depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois    2 mois     3 mois       4 mois       5 mois       6-12 mois

11.3) À quel moment consommez-vous des boissons énergisantes ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

Avant un entraînement                       Après un entraînement  
 Avant une compétition                       Après une compétition  
 En période d'examens scolaires     Autre.....

11.4) En général, pourquoi consommez-vous des boissons énergisantes ?

.....  
 .....

### 12. Faites-vous beaucoup de sport {d'exercice physique} ?

Oui                                       Non

Si oui, répondez aux questions suivantes.

Si non merci de votre participation !

12.1) Complétez la phrase ci-dessous :

Je pratique \_\_\_\_\_ (type de sport ; par exemple courir, nager, etc.)  
 en moyenne \_\_\_\_\_ heures à chaque fois.

12.2) Parfois, mes exercices physiques interfèrent significativement avec mes activités importantes (école, activités sociales, activités familiales).

Oui       Non

12.3) Je pratique du sport même si je me suis blessé(e)/ou bien en dépit des conditions médicales

Oui       Non

12.4) Est-ce que la raison principale de faire des exercices physiques est de compenser les effets des crises de suralimentation ou d'éviter de prendre du poids ?

Oui       Non

*Merci de votre précieuse participation.*



ANNEXE E

INVENTAIRE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE POUR  
ADOLESCENTS

### Questionnaire 3

Nom : .....

Date : .....

#### CONSIGNES

*Dans ce questionnaire, vous trouverez 24 phrases. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chaque phrase, cochez une réponse entre : Toujours, Habituellement, Souvent, Quelquefois, Rarement, Jamais. Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout personnelle.*

	Toujours	Habituellemen	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
1. Je me gave de nourriture.						
2. J'aimerais paraître plus jeune que je ne le suis.						
3. J'ai envie de faire un régime.						
4. Je me sens nul (le).						
5. Pour ma famille, seules les performances qui sortent de l'ordinaire comptent.						
6. La période la plus heureuse de ma vie est l'enfance (entre 3 et 10 ans).						
7. J'ai très peur de grossir.						
8. Je fais confiance aux autres.						
9. Personne ne s'intéresse à moi.						
10. Je discute facilement avec les autres.						

	Toujours	Habituellemen	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
11. Il y a des moments où je suis capable de manger de très grandes quantités de nourriture sans pouvoir m'arrêter.						
12. J'établis facilement des contacts avec les autres.						
13. J'aime la forme de mes fesses.						
14. Je suis inquiet (ète) à l'idée de grossir.						
15. Je pense à manger de très grandes quantités de nourriture.						
16. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.						
17. J'ai peur de ne plus contrôler mes émotions (joie, tristesse, colère...).						
18. Mon ventre est très gonflé après avoir mangé un repas habituel.						
19. Je pense que j'étais plus heureux (se) quand j'étais enfant (entre 3 et 10 ans).						
20. Je dois faire les choses parfaitement ou ne pas les faire du tout.						
21. Je trouve que mes cuisses sont justes à la bonne taille.						
22. Je trouve que mes hanches sont tout à fait de la bonne taille.						
23. Je me fixe des objectifs extrêmement élevés.						
24. Quand je suis contrarié(e), j'ai peur de commencer à manger.						

Merci de votre participation.

ANNEXE F

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS DES CONSISTANCES INTERNES ET SCORES  
COUPURES DES QUESTIONNAIRES

Tableau 3.1. Consistance interne des échelles du QDTCA

<b>Variable</b>	<b>Alpha</b>
<b>Diurétiques</b>	.55
<b>Coupe-faim</b>	.92
<b>Jeûne</b>	1
<b>Mâcher-Recracher</b>	.89
<b>Régime strict</b>	.59
<b>Pratique sportive comme CCI</b>	.53
<b>Suralimentation</b>	.82
<b>Vomissements provoqués</b>	.49
<b>Lavements</b>	.59
<b>Laxatifs</b>	.76

Tableau 3.2. Consistance interne et scores coupures des sous-échelles de l'EDI-A-24

<b>Variable</b>	<b>Alpha</b>	<b>Score coupure</b>
Boulimie	.81	≤2
Désir de minceur	.89	≤8
Insatisfaction corporelle	.78	≤9
Perfectionnisme	.59	≤8
Méfiance interpersonnelle	.71	≤5
Conscience intéroceptive	.60	≤9
Sentiment d'inefficacité	.77	≤6
Peur de la maturité	.63	≤7
Échelle de symptômes		≤
Traits de personnalité		≤
EDI total		≤

ANNEXE G

QUESTIONNAIRE D'ÉTALONNAGE DES CONNAISSANCES SUR LES TCA

## Questionnaire 4

### CONSIGNES

Dans ce questionnaire, vous trouverez 25 questions et sous-questions. Lisez attentivement chacune d'entre elles et inscrivez, ou cochez votre réponse. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout personnelle.

### Informations démographiques

1) Quel âge avez-vous ?

21-30 ans     31-40 ans     41-50 ans     51-60 ans     + de 60 ans

2)  homme                       femme

### Questions relatives à votre profession

1) Quelle est votre formation initiale ?

-----

2) Quelle est votre profession ? : -----

3) Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ? : -----

4) Depuis combien de temps exercez-vous cette profession dans ce collège ? : -----

-

Avez-vous exercé une autre profession avant celle que vous exercez aujourd'hui ?

Oui                       Non

Si oui, quelle est cette profession ?

.....

### Questions relatives au parcours académique des étudiants

1) Quelle est la particularité des étudiants de ce collège comparativement à d'autres collèges ?

-----  
-----

2) Quels sont les étudiants qui réussissent le mieux dans leurs études selon les filières suivantes : sport-études, sport inter-collégial ou régulières ? Ordonnez-les du plus au moins impliqué et donnez les raisons qui justifient cet ordre.

Filières	Raisons
1	
2	
3	

3) Quels sont les facteurs susceptibles d'influencer de façon positive ou négative la réussite académique des étudiants ?

Influence positive	Influence négative

### Questions relatives aux troubles du comportement alimentaire (TCA)

1) Connaissez-vous les TCA ?

Oui       Non

Si oui, comment les définiriez-vous ?



---



---



---



---



---



---



---



---

2) Listez les TCA que vous connaissez et donnez une définition rapide dans vos mots.

Nom	Définition personnelle
*	
*	
*	
*	
*	
*	

3) Quels peuvent être les éléments à l'origine des TCA ? Ordonnez ces éléments par ordre d'importance

4) Quelles peuvent être les complications liées aux TCA ?

---



---



---



---



---



---

5) Comment se manifestent-les TCA chez le jeune adulte, en général (étudiant au collégial), dans votre pratique professionnelle ?

---

---

---

---

---

---

---

6) Existe-t-il des manifestations différentes chez les étudiants selon qu'ils sont sportifs ou non ?

---

---

7) Qui pourrait être concerné par les TCA ? Plusieurs réponses sont possibles. (Ordonnez vos réponses par importance)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8) Dans quelles mesures les TCA peuvent-ils influencer le rendement académique et l'implication des étudiants ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

09) À qui réfèreriez-vous un étudiant qui présenterait des TCA ? Plusieurs choix possibles (ordonnez par priorité)

---

---

---

---

10) Connaissez-vous les ACAI ?

Oui       Non

**Merci de votre participation.**

ANNEXE H

CANEVAS PRÉLIMINAIRE DES GROUPES DE DISCUSSION

## Canevas préliminaire groupe de discussion

### Consignes

Nous allons pouvoir commencer le groupe de discussion. Avant de commencer, je tiens à vous préciser que cette rencontre est enregistrée (je lance l'enregistrement).

**Les consignes de fonctionnement** : je vous demanderai de lever la main dès que vous voulez prendre la parole et vous nommer à chaque fois que vous le ferez. Je vous invite vraiment à vous exprimer et prendre la parole, n'hésitez pas à rebondir sur les éléments qui seront discutés. Mon rôle aujourd'hui sera vraiment de vous poser des questions (je vais être assez tannante, je vais probablement vous demander de préciser vos propos, donner des exemples, non pas parce que vos propos ne sont pas intéressants, mais pour avoir le plus d'info possible), relancer la conversation. Je ne vais pas nécessairement faire un tour de table, mais j'aimerais vraiment connaître les points de vue de chacun.

Je vais vous poser 12 questions, encore une fois l'objectif n'est pas d'évaluer vos connaissances, mais plutôt de favoriser une réflexion commune sur une problématique spécifique.

1— De façon générale, quelle est votre position par rapport aux TCA ? Intérêt ?

2— Maintenant que vous savez ce qu'est un trouble du comportement alimentaire, quelle serait la proportion d'étudiants du collège qui pourrait présenter des TCA ? Seriez-vous capables de préciser cette proportion selon les différents types de TCA ? Soit anorexie, boulimie, anorexie sportive, inversée, bigorexie... Combien d'étudiants seraient à risque (plus à risque ou plus qui en présentent) ?

3— Plus précisément, selon vous dans le collège, les TCA concernent-ils plus les filles, les garçons, les sportifs (inter-collégial, sport études), filles sportives, etc. ? Lesquels ? Pourquoi ?

4— Selon vous, qui seraient les étudiants les plus concernés, selon les filières ? Quelles seraient les proportions d'étudiants concernés selon chaque TCA ?

5— En reprenant le continuum des ACAI, où situeriez-vous les étudiants ? Quelles seraient leurs caractéristiques en termes d'attitudes boulimiques, désir de minceur, perfectionnisme, insatisfaction corporelle et CCI ?

6— Quels seraient les signes observables qui vous permettraient de suspecter qu'un étudiant est à risque de développer un TCA ?

7— En contexte collégial, plus spécifiquement le contexte de ce collège, quels seraient les éléments susceptibles de participer au développement des TCA ?

8— Selon vous, est-il important de parler des TCA en contexte éducatif ? Pourquoi ?

9— Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans cette problématique en tant qu'enseignant ? Quel serait ce rôle ?

10— Pour revenir sur les éléments susceptibles de favoriser l'apparition des TCA, sur lesquels pourriez-vous intervenir ?

11— Pensez-vous que vos croyances ont changé ? Pouvez-vous me donner des exemples spécifiques ?

12— Vous sentez-vous plus à l'aise avec les TCA aujourd'hui ? Souhaiteriez-vous avoir plus de formation à ce sujet ?

ANNEXE I

CERTIFICAT ÉTHIQUE UQTR



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** **Regard croisé sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) en contexte collégial québécois**

**Chercheurs :** Johana Monthuy-Blanc  
Département des sciences de l'éducation

**Organismes :**

**N° DU CERTIFICAT :** CER-15-216-07.17

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 07 octobre 2015 au 07 octobre 2016

#### En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

  
Maude Hébert

Présidente du comité

  
Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Decanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 07 octobre 2015



ANNEXE J

CERTIFICAT ÉTHIQUE DU MILIEU D'ACCUEIL

## COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

Trois-Rivières, le vendredi 15 janvier 2016

**Objet :** Demande d'évaluation de l'acceptabilité éthique de votre projet de recherche

**Projet :** « Regard croisé sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) en contexte collégial québécois »

**Chercheure principale :** Maud Bonanséa, doctorante, Université du Québec à Trois-Rivières

**Responsable de la recherche :** Johana Monthuy-Blanc, professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, Département sciences de l'éducation

**N° de certification éthique :** CÉR-XX-2016-01

Mesdames,

Le Comité d'éthique de la recherche du Collège a procédé à l'évaluation de votre projet de recherche sur la base des informations suivantes :

- Un résumé et le protocole de la recherche, y incluant la problématique, une description des aspects méthodologiques et l'ensemble des considérations éthiques concernant les participants
- Une copie du Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR
- Une copie de la lettre d'appui de la direction du Collège
- Une copie du canevas préliminaire de l'entrevue en focus groupe
- Une copie des quatre questionnaires
- Une copie des engagements de confidentialité des intervenants impliqués dans la recherche
- Une copie du Formulaire de consentement à participer à un projet de recherche pour les intervenants, pour les étudiants participants et pour les parents autorisant la participation à la recherche à des étudiants mineurs

Après analyse, nous vous informons que votre projet de recherche a été approuvé sans condition par le Comité d'éthique de la recherche du Collège. Vous pouvez dès maintenant amorcer vos travaux de consultation auprès des personnes concernées.

Par ailleurs, des membres du CÉR questionnent la déclaration des titres de la recherche puisque d'un auditoire à l'autre, ils se modifient. Ainsi, au point 4.6 du protocole de recherche intitulé *Divulgateion partielle*, on précise qu'on nuance le titre du projet de recherche et les objectifs « *afin d'éliminer, si possible, la désirabilité sociale et pour ne pas influencer les réponses aux questions* ». Le titre exact de la recherche n'est pas communiqué, mais plutôt un titre général, à savoir : « *Performance académique, sportive et habitudes alimentaires chez les étudiants québécois* », tel qu'indiqué dans la lettre d'information. Il en est de même pour les objectifs de recherche qui sont énoncés de la façon suivante : « *l'objectif est de comprendre la réalité académique et sportive d'adolescents inscrits dans des filières régulières et sportives au Québec, afin d'aider les membres du personnel éducatif à mieux connaître leurs étudiants* ». Par contre, dans le canevas préliminaire au groupe de discussion, la première question du focus groupe est : « *Pouvez-vous dire que vous avez des connaissances sur les TCA ou est-ce plutôt des représentations ou bien des croyances ?* » Il nous semble que la transition entre la déclaration d'intention contenue dans le titre et l'objectif de la recherche et l'objet spécifique de la recherche arrive abruptement.

Il appert aussi que le sens de l'acronyme TCA pourrait être identifié comme étant un « trouble de comportement alimentaire », ne serait-ce que pour le bénéfice des étudiants participants.

S'il advenait que vous deviez modifier le projet, la méthodologie ou tout autre élément modifiant les documents soumis au CÉR pour fin d'évaluation de l'acceptabilité éthique de votre projet de recherche, il faudrait nous en aviser dans les meilleurs délais possibles.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués.

**XXX**

Président du Comité d'éthique de la recherche du collège

**Certification éthique CÉR-XXX-2016-01**

ANNEXE K

LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES  
ÉTUDIANTS

## Formulaire type de consentement

### Formulaire de consentement pour les étudiants<sup>15</sup>

#### Partie 1 : Information

Performance académique, sportive et habitudes alimentaires chez les étudiants québécois

#### Chercheurs responsables de la recherche

Johana Monthuy-Blanc, professeure universitaire à l'UQTR

Département des sciences de l'éducation

Ghislain Samson, professeur universitaire à l'UQTR

Département des sciences de l'éducation

Maud Bonanséa, doctorante en sciences de l'éducation

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la réalité académique et sportive d'adolescents inscrits au collégial, serait grandement appréciée.

#### Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre la réalité académique et sportive d'adolescents inscrits dans des filières régulières et sportives au Québec, afin d'aider les membres du personnel éducatif à mieux connaître leurs étudiants. Pour ce faire, les participants rempliront un ensemble de questionnaires portant sur la pratique sportive, les habitudes alimentaires, le cursus scolaire ou encore l'influence de l'environnement.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

#### Tâche

Votre participation à ce projet nécessite une rencontre qui se décline en trois temps :  
Rencontre 1 avec l'expérimentatrice au collège (40 min)

---

<sup>15</sup> Inspiré du modèle proposé par le CÉR du Cégep régional de Lanaudière.

1. Explication de l'étude (cf. lettre d'information) et signature du consentement éclairé (5 min)
2. Complétion de la fiche de renseignements généraux (âge, niveau de pratique sportive, blessures, niveau de scolarité) et spécifiques (histoire médicale et pondérale) 15 min
3. Complétion des questionnaires 2 et 3 (habitudes alimentaires) 20 min

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Il est possible que le fait de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous des sentiments désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheuse. Cette dernière pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider ou intervenir le cas échéant. Le temps consacré au projet est de 40 min.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des liens entre la pratique sportive, l'environnement, le cursus scolaire et les habitudes alimentaires en vue d'aider les entraîneurs, enseignants et autres membres du personnel sportif et éducatif à mieux connaître leurs étudiants.

La participation à cette étude vous offre la possibilité de faire partie d'un projet pilote visant la promotion du bien-être physique et mental des étudiants du collégial.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée d'un code alphanumérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications, ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées sous clé un classeur du LabOratoire de Recherche Interdisciplinaire sur les troubles du COmportement alimentaire en lien avec la Réalité virtuelle et la Pratique phySique (LoriCorps) à l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale en charge du projet et l'assistante de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le fait de participer ou non n'affectera en rien les services auxquels vous avez droit.

**Remerciements**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Johana Monthuy-Blanc, professeure universitaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières au 819-376-5011, poste 3636, Johana.monthuy-blanc@uqtr.ca

Les chercheurs ont tout mis en œuvre pour respecter les principes éthiques présentés dans l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC2, 2010) ainsi que la Politique institutionnelle de la recherche avec des êtres humains du Collège. Cependant, pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Fanny Longpré aux coordonnées suivantes : 819-376-5011 poste 2129 ; CEREH@uqtr.ca.

**Partie 2 : Formulaire de consentement****Engagement de la chercheuse**

Moi, Johana Monthuy-Blanc, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

**Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Performance académique, sportive et habitudes alimentaires chez les étudiants québécois ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

Participant :	Responsable de la recherche	Collaborateur Étudiante-chercheure
Signature :	Signature :	Signatures :
Nom :	Nom : Johana Monthuy-Blanc	Nom : Ghislain Samson Maud Bonanséa
Date :	Date :	Date :

Je souhaite être informé des résultats de l'étude.

Oui       Non

Participant ne pouvant donner lui-même son consentement:

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

J'autorise la participation de mon [pupille, fils, fille, etc.] à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire de consentement m'a été remise.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du tiers autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

Chercheur :

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche et, le cas échéant au tiers autorisé, les termes du présent formulaire de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement et à en remettre une copie signée au participant à la recherche ou à son représentant autorisé.

\_\_\_\_\_  
Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Date



ANNEXE L

LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES  
ENSEIGNANTS

## Formulaire type de consentement

### Formulaire de consentement pour les intervenants<sup>16</sup>

#### Partie 1 : Information

Performance académique, sportive et habitudes alimentaires chez les étudiants québécois

Chercheurs responsables de la recherche

Johana Monthuy-Blanc, professeure universitaire à l'UQTR

Département des sciences de l'éducation

Ghislain Samson, professeur universitaire à l'UQTR

Département des sciences de l'éducation

Maud Bonanséa, doctorante en sciences de l'éducation

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la réalité académique et sportive d'adolescents inscrits au collégial, serait grandement appréciée.

#### Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre la réalité académique et sportive d'adolescents inscrits dans des filières régulières et sportives au Québec, afin d'aider les membres du personnel éducatif à mieux connaître leurs étudiants. Pour ce faire, les participants rempliront un questionnaire général portant sur leur pratique professionnelle et sur le parcours académique des étudiants du collégial, puis participeront à un *focus groupe*.

---

<sup>16</sup> Inspiré du modèle proposé par le CÉR du Cégep régional de Lanaudière.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche se décline en deux étapes.

#### **Étape 1 : Rencontre 1 avec l'expérimentatrice au collège (30 min)**

1. Explication de l'étude (cf. lettre d'information) et signature du consentement éclairé (5 min.)
2. Complétion du questionnaire général (25 min)

#### **Étape 2 : rencontre 2 avec l'étudiante-chercheuse au collège (85 min)**

1. Retour sur le questionnaire général (40 min)
2. Focus groupe, enregistré (45 min)

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Il est possible que le fait de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous des sentiments désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Cette dernière pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider ou intervenir le cas échéant. Le temps consacré au projet est de 115 min, réparties en deux rencontres.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des liens entre la pratique sportive, le cursus scolaire, l'environnement et les habitudes de vie, en vue d'aider les entraîneurs, enseignants et autres membres du personnel et éducatif à améliorer leurs interventions auprès des adolescents, mais aussi à mieux les connaître. Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de faire partie d'un projet pilote inédit dans la région mauricienne qui vise le bien-être physique et mental des étudiants. Votre participation vous offre également la possibilité de réfléchir et de discuter en toute confidentialité au thème précité. Tels sont bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée d'un code alphanumérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de communications, ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées sous clé un classeur du LabOratoire de Recherche Interdisciplinaire sur les troubles du COmportement alimentaire en lien avec la Réalité virtuelle et la Pratique phySique (LoriCorps) à l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale en charge du projet et l'assistante de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins

que celles décrites dans le présent document. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

La confidentialité est assurée à l'intérieur des limites prescrites par la loi.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le fait de participer ou non n'affectera en rien les services auxquels vous avez droit.

### **Remerciement**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Johana Monthuy-Blanc, professeure universitaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières au 819-376-5011, poste 3636, Johana.monthuy-blanc@uqtr.ca.

Les chercheurs ont tout mis en œuvre pour respecter les principes éthiques présentés dans l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC2, 2010) ainsi que la Politique institutionnelle de la recherche avec des êtres humains du Collège. Cependant, pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Fanny Longpré aux coordonnées suivantes : 819-376-5011, poste 2129, CEREH@uqtr.ca.

## **Partie 2 : formulaire de consentement**

### **Engagement de la chercheure**

Moi, Johana Monthuy-Blanc, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### **Consentement du participant**

Je, \_\_\_\_\_,  
confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Performance académique, sportive et habitudes alimentaires chez les étudiants québécois ». J'ai bien saisi les conditions, les

risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

Participant :	Responsable de la recherche	Collaborateur Étudiante-chercheure
Signature :	Signature :	Signatures :
Nom :	Nom : Johana Monthuy-Blanc	Nom : Ghislain Samson Maud Bonanséa
Date :	Date :	Date :

Je souhaite être informé des résultats de l'étude.

Oui       Non

ANNEXE M

MATRICE DE CORRÉLATION ENTRE LE QDTCA ET L'EDI-A-24

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	,141	,045	,045	,109	,060	. <sup>a</sup>	,045	,115	,369	,115	,026	-,017	,103	,133	,110	,134	-,002	,072	-,121	-,044
2		-,016	-,016	-,022	-,022	. <sup>a</sup>	-,016	-,041	,250	,240	,061	,007	-,076	,021	-,088	,061	-,041	,109	-,078	,003
3			1,00	,893	,893	. <sup>a</sup>	1,00	,343	,603	-,158	-,019	,097	,124	-,130	,088	,203	-,135	-,211	-,008	-,110
4				,893	,893	. <sup>a</sup>	1,00	,343	,603	-,158	-,019	,097	,124	-,130	,088	,203	-,135	-,211	-,008	-,110
5					,796	. <sup>a</sup>	,893	,295	,525	-,081	-,043	,064	,051	-,094	,017	,226	-,119	-,152	,068	-,031
6						. <sup>a</sup>	,893	,295	,525	-,125	-,062	,130	,167	-,111	,051	,238	-,071	-,257	-,032	-,149
7						. <sup>a</sup>					. <sup>a</sup>									
8						. <sup>a</sup>		,343	,603	-,158	-,019	,097	,124	-,130	,088	,203	-,135	-,211	-,008	-,110
9									,314	-,136	-,025	-,075	,076	-,029	,109	-,082	-,094	-,106	-,086	-,110
10										-,106	,114	,051	,055	,037	,079	,124	,047	-,085	-,074	-,091
11											,149	,092	-,125	,123	,054	-,051	,230	,085	-,094	-,020
12												,207	,300	,164	,371	,084	,209	-,072	,050	-,003
13													,521	,147	,180	,494	,551	,076	,056	,075
14														,185	,252	,328	,438	,050	,045	,055
15															,053	,041	,214	-,072	-,186	-,159
16																,239	,074	-,084	-,053	-,077
17																	,276	,031	,174	,131
18																		-,029	,034	,008
19																			,476	,813
20																				,899
21																				

Note : 1 = crise de suralimentation ; 2 = vomissements provoqués ; 3 = laxatifs ; 4 = diurétiques ; 5 = lavements ; 6 = coupe-faim ; 7 = jeûne ; 8 = mâcher-rechirer ; 9 = régime ; 10 = boissons énergisantes ; 11 = attitude boulimique ; 12 = peur de la maturité ; 13 = désir de minceur ; 14 = sentiment d'inefficacité ; 15 = perfectionnisme ; 16 = méfiance interpersonnelle ; 17 = insatisfaction corporelle ; 18 = conscience intéroceptive ; 19 = index de symptômes ; 20 = traits de personnalité ; 21 = score tota