

Troubles anorexiques et pratiques sportives-1 (TAPS-1) : le sport au service de la minceur

Auteurs :

Mélanie Allain

Vanessa Lentillon-Kaestner

Fabien Ohl (dir.)

Avec la collaboration de Roland Seiler (Unibe) et Marie Santiago (Unil)

Cette étude a été rédigée avec le soutien de l'Office fédéral de la santé
publique (09.004849 / 204.0001 / -644)

12 décembre 2012

Nous remercions l'Office fédéral de la santé publique de son soutien à cette étude qui a pu être réalisée en toute indépendance.

Nous remercions également les différents collaborateurs au projet. En particulier l'association ABA (Association Boulimie Anorexie) de Lausanne et Romana Chiappini ;

L'UMSA (Unité multidisciplinaire de santé des adolescents) du CHUV et Sophie Vust ;

L'ensemble des psychologues, psychiatres, diététiciens, qui nous ont aidé à entrer en relation avec des filles atteintes de TCA et volontaires pour participer à cette étude.

Nos remerciements s'adressent également tous les participants, répondants et personnes interviewées pour avoir accepté de prendre du temps afin de collaborer à cette recherche.

Table des Matières

Synthèse en français	3
Zusammenfassung auf Deutsch	5
English synthesis	7
Liste des abréviations.....	9
I. INTRODUCTION	10
II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	12
1. Objet d'étude.....	12
2. Méthodologie.....	12
2.1. Outils de recueil des données.....	12
2.1.1. Les questionnaires.....	12
2.1.2. Les entretiens	13
2.2. Échantillon	13
2.2.1. Les questionnaires.....	13
2.2.2. Les entretiens	13
2.3. Procédure.....	13
2.4. Analyse	14
2.4.1. Les questionnaires.....	14
2.4.2. Les entretiens	14
III. RÉSULTATS.....	15
1. Pratique sportive et développement des troubles alimentaires.....	17
1.1. Pratique sportive des femmes s'adonnant aux sports de remise en forme	17
1.1.1. Types de cours pratiqués.....	17
1.1.2. Lieu de pratique des sports de remise en forme	17
1.1.3. Quantité de pratique des sports de remise en forme	17
1.1.4. Fréquence de pratique des sports de remise en forme	17
1.2. Indice de troubles alimentaires chez les pratiquantes de sports de remise en forme (résultats statistiques issus des questionnaires).....	18
1.2.1. Eating attitude test-26 (EAT-26).....	18
1.2.2. Indice de masse corporelle (IMC).....	18
1.2.3. Méthodes de perte de poids.....	19
1.2.4. Régimes alimentaires (végétarien – végétalien)	21
1.3 Lien entre les troubles alimentaires et la pratique des sports de remise en forme	22
1.3.1 Liens entre l'âge de début de la pratique des sports de remise en forme et les troubles alimentaires.....	22
1.3.2. Lien entre le type de sport de remise en forme et les troubles alimentaires.....	22
1.3.3. Lien entre le lieu de pratique des sports de remise en forme et les troubles alimentaires	23
1.3.4 Lien entre le type de trouble alimentaire et la pratique sportive	23
1.3.5. Lien entre les troubles alimentaires et l'intensification de la pratique sportive.....	24
1.4. Les motivations de pratique sportive.....	29
1.4.1. Motivations de pratique des femmes qui s'adonnent aux sports de remise en forme.	30
1.4.2. Motivation et troubles alimentaires.....	31
1.5. Rôle des sports de remise en forme dans le développement des troubles alimentaires : relation ambiguë entre pratique sportive et troubles alimentaires	38

2. Typologie des profils.....	43
2.1. Éléments de vulnérabilité	43
2.1.1. L'adolescence.....	43
2.1.2. Un mal-être grandissant.....	43
2.1.3. Des caractéristiques psychologiques proches	46
2.1.4. Des normes sociales et familiales (préconisateurs, accompagnateurs, incitateurs, etc.)	46
2.2. Processus d'engagement dans les pratiques alimentaires déviantes (résultats issus des questionnaires et des entretiens).....	54
2.2.1 Une entrée dans les troubles alimentaires par un régime.....	54
2.2.2 L'ascétisme.....	55
2.2.3. Le développement d'un comportement obsessionnel.....	57
2.3. Utilisation de la pratique sportive dans les troubles alimentaires : typologie des profils....	67
2.3.1 Le sport de remise en forme dans les étapes de la transformation corporelle.....	67
2.3.2 Adhérer à des normes « d'excellence »	68
2.3.3 Adhérer à des normes de genre	72
IV. CONCLUSION.....	76
Recommandations.....	79
Bibliographie	81
V. ANNEXES.....	84
1. Questionnaire.....	84
1.1. Questionnaire en français.....	84
1.2. Questionnaire en allemand	94
2. Entretiens	105
2.1. Guide d'entretien Projet TAPS 1	105
2.2. Fiche d'identité des femmes ayant ou ayant eu des TCA	112
3. Tableaux des analyses statistiques	127
3.1. Pratique sportive et développement des troubles alimentaires.....	127
3.1.1. Pratique sportive des femmes s'adonnant aux sports de remise en forme	127
3.1.2. Indice de troubles alimentaires chez les pratiquantes de sports de remise en forme	129
3.1.3. Lien entre les troubles alimentaires et la pratique des sports de remise en forme	139
3.1.4. Les motivations de pratique sportive	158
3.2. Typologie des profils.....	171
3.2.1. Des influences sociales et familiales.....	171
3.2.2. Adhésion aux stéréotypes de genre.....	187
3.2.3. Rapport obsessionnel au corps	194
3.2.4. Utilisation de la pratique sportive dans les troubles alimentaires.....	200

Synthèse en français

Les sports de remise en forme mettent fréquemment en scène des modèles de minceur très normatifs. La question posée par cette étude est de savoir si la prévalence des troubles alimentaires est élevée parmi les pratiquantes et si l'engagement dans ces sports a une influence sur les troubles alimentaires. Ce travail de recherche porte sur un échantillon de 1270 pratiquantes en Suisse âgées entre 14 et 30 ans ($M=23.7$, $ET=3.0$) interrogées par questionnaire et de 45 entretiens avec des 40 femmes et 5 hommes âgés de 15 et 40 ans ($M=24.3$, $ET=5.4$).

Trois indicateurs ont été utilisés afin d'appréhender les troubles alimentaires par questionnaire : l'échelle de l'EAT-26, l'IMC et l'utilisation des méthodes de perte de poids (régime, jeûne, vomissement provoqué, laxatif, diurétique, coupe-faim).

Les résultats montrent que :

- la prévalence des troubles alimentaires chez les pratiquantes de sports de remise en forme est de 10.3% (score à l'EAT-26 ≥ 20) ;
- les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) sont plus fréquents chez les femmes qui ont un poids soit trop faible, soit trop élevé par rapport à leur taille ;
- l'usage des méthodes pour perdre du poids (régime, jeûne, vomissement provoqué, laxatif, diurétique et coupe-faim) est lié aux troubles alimentaires. Il en est de même pour la durée d'utilisation de ces méthodes.

I. Des liens entre les sports de remise en forme et les troubles alimentaires (TCA)

- la prévalence des troubles alimentaires est plus élevée dans les salles de fitness privées que dans d'autres lieux (sport facultatif universitaire, association ou club sportif, etc.) (12.2% vs 9%);
- les femmes atteintes de troubles alimentaires (score à l'EAT-26 ≥ 20) se dirigent prioritairement vers les sports de remise en forme les plus coûteux en termes de dépense énergétique (cours collectifs cardio-vasculaires des salles de fitness, mais surtout course à pied, vélo ou natation) ;
- la quantité et la fréquence de pratique des sports de remise en forme sont généralement augmentées chez les femmes qui ont des troubles anorexiques ou sont en phase de restriction alimentaire ;
- chez les pratiquantes des sports de remise en forme, les troubles alimentaires sont associés à une dépendance au sport, des problèmes osseux (fractures, ostéoporose) et des dérèglements menstruels.

II. Des motivations extrinsèques prépondérantes

Les motivations des pratiquantes sont en lien avec la santé physique, psychique et/ou sociale (pour 64.2%) et avec la perte de poids / modification de son apparence corporelle (pour 13.8%). Plus l'importance de la perte de poids est élevée et plus les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) sont élevés. Si 13.4% des filles qui ne souffrent pas de TCA se disent motivées principalement par la perte de poids et/ou l'apparence dans la pratique des sports de remise en forme, elles sont 41.1% dans ce cas chez les filles atteintes de TCA.

L'évolution des motivations de pratique diffère entre les femmes atteintes ou non de TCA :

- les femmes n'ayant jamais eu de TCA se sont investies dans les sports de remise en forme pour différentes raisons qui ne sont pas forcément en lien avec la perte de poids/l'apparence. Il semblerait que les effets bénéfiques de ce sport sur la santé puissent faire émerger un sentiment de plaisir (motivation intrinsèque) ;
- les femmes ayant (ou ayant eu) des TCA s'engagent dans une pratique de sports de remise en forme suivant différentes logiques, toutes en lien avec la perte de poids/l'apparence (une logique d'amaigrissement, de contrôle du corps, ou compensatoire). Leurs motivations de pratique restent soit extrinsèques et sont décrites comme une « obligation », une « dépendance », un « besoin compulsif », soit disparaissent et elles arrêtent leur pratique sportive.

III. Une position ambivalente de la pratique dans le développement des troubles alimentaires

La pratique des sports de remise en forme n'est pas un facteur déclencheur des troubles anorexiques pour la population étudiée.

Les sports de remise en forme semblent être une pratique moins risquée que d'autres pour le développement des troubles anorexiques : la prévalence des TCA (score EAT-26) chez les pratiquantes de sports de remise en forme (10.3%) est inférieure à celle trouvée dans d'autres sports considérés comme « à risque » dans le développement des TCA (sports esthétiques, endurants, à catégorie de poids et à déplacements verticaux).

Les sports de remise en forme peuvent être bénéfiques pour certaines filles atteintes de troubles alimentaires notamment lorsque les pratiquantes :

- favorisent le mérite (s'autoriser à manger avant ou après le sport) ;
- recherchent une augmentation de leur performance sportive (manger pour ne pas régresser) ;
- veulent s'en sortir et se réapproprier leur corps (notamment au travers des sports de remise en forme aquatiques) ;
- refusent d'accepter le reflet de leur image dans le miroir.

IV. Un processus d'engagement dans les TCA

Pour toutes les femmes interviewées, le processus d'engagement dans les troubles alimentaires se caractérise par :

1. Des facteurs de vulnérabilité : les parcours de vie, tout aussi singuliers qu'ils soient, semblent converger sur les éléments suivants :

- une histoire familiale difficile ;
- le développement des TCA dans la période de l'adolescence (ou post adolescence) ;
- un mal-être (physique, psychologique et/ou social) préexistant ;
- des caractéristiques psychologiques telles qu'une faible estime de soi, un manque de confiance en soi et un perfectionnisme élevé ;
- l'influence de tiers accompagnateurs des processus d'apprentissage des techniques de perte de poids (des médias, des amis, des parents, des entraîneurs/coachs).

2. Une période de perte de poids : la perte de poids est désirée et recherchée suite à un mal-être (physique, social et/ou psychologique).

3. Le développement de deux types de comportements inter-reliés et caractéristiques des troubles alimentaires (de type anorexique) :

- **Un comportement ascétique** : le besoin de maîtrise et de contrôle apparaît et se manifeste à travers leur rapport à l'alimentation, au corps, aux autres, aux activités scolaires et/ou professionnelles, etc.
- **Un comportement obsessionnel** : parallèlement, ces femmes développent des pensées obsessionnelles face à la nourriture et au corps, qui deviennent des éléments prioritaires et centraux de leur vie.

Les femmes déplacent progressivement les normes alimentaires et corporelles ordinaires. Des variations de poids, un IMC inférieur à la normale, et/ou l'utilisation de méthodes compensatoires de perte de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques ou pratiques sportives intensives) sont autant d'indicateurs qui soulignent des comportements de plus en plus déviants et révélateurs de TCA

V. Des usages différenciés des pratiques sportives dans les TCA : une typologie des profils

Nous avons identifié **six profils de femmes** ayant (ou ayant eu) des TCA dont la logique d'utilisation du sport diffère.

Quatre profils se réfèrent tous à un usage du sport pour adhérer à des normes d'excellence :

1. Le sport comme déclencheur des TCA : l'envie d'exceller au niveau sportif pousse les jeunes femmes vers des pratiques alimentaires déviantes. L'entrée en régime est effectuée pour **se conformer aux normes de l'excellence sportive** ;

2. Le sport comme lieu d'expression des TCA : le sport est une des techniques pour se conformer aux modèles corporels de maigreur permettant de se sentir parmi « les meilleures » ou de donner le sentiment de se rapprocher de la perfection par le développement de capacité de contrôle de soi. Leur estime de soi est construite en conformité avec l'excellence qu'elles pensent attendue d'elles (sportive et/ou corporelle et/ou scolaire) ;

3. L'utilisation du sport pour « être en bonne santé » : les normes ascétiques, exprimées dans la capacité de contrôle de son corps par les régimes et le sport, conduisent à une redéfinition du sain et du malsain. Ces femmes utilisent la pratique sportive en début de carrière anorexique, soit comme un accompagnateur dans les troubles alimentaires, soit elles l'utilisent en fin de carrière pour reprendre prise et s'éloigner d'une définition du sain associée à la maigreur et ainsi se remuscler ou se réapproprier leur corps ;

4. Le rôle des apparences : l'identité externe, le regard des autres et le souhait de se conformer aux normes dominantes sont au cœur de leurs motivations. Il s'agit pour ces personnes de répondre, par un contrôle de l'apparence physique, au sentiment d'avoir un corps ingrat ou à une attente d'excellence qu'elles disent ressentir de la part de leurs proches (pairs, parents).

Deux autres profils se réfèrent à un usage de la pratique sportive lié à l'adhésion à des normes genrées :

5. Une conformation aux modèles d'une féminité traditionnelle : ces femmes justifient leurs pratiques sportives et les régimes comme moyens d'atteindre une excellence corporelle en conformité aux modèles féminins (mères, sœurs, grand-mères, amies, etc.) ;

6. Le modèle de la virilité : les modèles de la virilité jouent un rôle déterminant. Les femmes utilisent les pratiques sportives et les régimes soit comme un moyen de se conformer à des normes viriles et mettre à distance les formes traditionnelles de la féminité, soit comme un moyen d'exprimer un refus d'assignation aux apparences traditionnelles de la féminité.

Ces typologies correspondent à un arrêt sur image portant sur un moment spécifique d'un parcours de vie. Cependant, plusieurs de ces femmes se sont rapprochées d'autres profils durant leur carrière d'anorexique.

La pratique des sports de remise en forme est généralement utilisée comme un moyen de maîtrise de soi qui rassure ces jeunes femmes anorexiques en leur donnant le sentiment d'un contrôle qu'elles exercent sur elles-mêmes au travers de leurs comportements ascétiques. En effet, c'est par la rigueur d'entraînement qu'elles s'imposent (tant dans l'intensité que dans la fréquence) et dans leur acharnement, même lors de blessures, que ces femmes affirment leur contrôle sur un corps qui ne doit pas leur échapper.

Usage du sport dans le développement des TCA: une typologie des profils

Pour adhérer à des normes d'excellence				Pour adhérer à des normes de genre	
1. Le sport déclencheur	2. Le sport comme lieu d'expression des TCA	3. Le sport pour être en bonne santé		4. Le rôle des apparences	5. Le modèle de la féminité
		3.a Le sport accompagnateur des TCA	3.b. Le sport pour sortir des TCA		6. Le modèle de la virilité
					6.a Le rôle de la socialisation inversée
					6.b. Le refus des assignations

Zusammenfassung auf Deutsch

Bei Sportarten im Fitnessbereich kommen oft sehr normative Schlankheitsbilder zum Tragen. Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob die Prävalenz von Essstörungen bei Frauen, die diese Sportarten treiben, hoch ist und ob sich die Ausübung dieser Sportarten auf die Essstörungen auswirkt. Die Untersuchung stützt sich auf eine Stichprobe von 1270 mittels Fragebogens befragten Sporttreibenden in der Schweiz, im Alter zwischen 14 und 30 Jahren ($M=23.7$, $SD=3.0$), sowie auf 45 Interviews mit 40 Frauen und 5 Männer zwischen 15 und 40 Jahren ($M=24.3$, $SD=5.4$).

Zur Erfassung der Essstörungen anhand des Fragebogens wurden drei Indikatoren verwendet: die Skala des EAT-26-Tests, der BMI und der Einsatz von Methoden zum Abnehmen (Diät, Fasten, selbst induziertes Erbrechen, Abführmittel, harntreibende Mittel, Appetitzügler).

Die Resultate zeigen Folgendes:

- Die Prävalenz von Essstörungen bei Fitness-Sport treibenden Frauen beträgt 10,31% (Punktzahl EAT-26 ≥ 20).
- Bei im Verhältnis zu ihrer Grösse untergewichtigen bzw. übergewichtigen Frauen sind die Essstörungen (Punktzahl EAT-26) häufiger.
- Der Einsatz von Methoden zum Abnehmen (Diät, Fasten, selbst induziertes Erbrechen, Abführmittel, harntreibende Mittel und Appetitzügler) sowie die Dauer der Anwendung dieser Methoden hängen mit den Essstörungen zusammen.

I. Beziehungen zwischen Fitnesssport und Essstörungen (ES)

- In den privaten Fitnessstudios ist die Prävalenz von Essstörungen höher als andernorts (z. B. im fakultativen Universitätssport, im Sportverein oder -club, (12,2% vs 9%).
- Frauen mit Essstörungen (Punktzahl EAT-26 ≥ 20) bevorzugen hauptsächlich die Fitness-Sportarten mit dem höchsten Energieverbrauch (Herz-Kreislauf-Training in der Gruppe im Fitnessstudio, aber vor allem auch Laufen, Fahrradfahren und Schwimmen).
- Frauen, die unter magersuchtartigen Essstörungen leiden oder ihre Ernährung gerade einschränken, treiben in der Regel mehr und öfter Fitness-Sport.
- Bei Fitness-Sport treibenden Frauen treten die Essstörungen zusammen mit Sportsucht, Knochenproblemen (Brüchen, Osteoporose) und Menstruationsstörungen auf.

II. Vorwiegend extrinsische Motivation

Die Motivation der Sporttreibenden hängt mit der körperlichen, psychischen und/oder sozialen Gesundheit (bei 64,2%) und der Gewichtsabnahme/Änderung des äusseren Erscheinungsbilds (bei 13,8%) zusammen. Je höher das Abnehmen gewichtet wird, desto stärker fallen die Essstörungen (Punktzahl EAT-26) aus. Während 13,4% der Mädchen ohne ES sagen, vor allem durch Gewichtsverlust und / oder Aussehen motiviert zu sein, sind es 41,1% der Mädchen mit ES.

Die Entwicklung der Motivation für den Sport verläuft bei den Frauen mit ES anders als bei jenen ohne ES:

- Frauen, die nie unter ES gelitten hatten, haben mit dem Fitness-Sport aus verschiedenen Gründen begonnen, die

nicht zwingend mit der Gewichtsabnahme/dem Erscheinungsbild zusammenhängen. Die positiven Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit bereiten offenbar Spass (intrinsische Motivation).

- Die Frauen, die unter ES leiden (oder gelitten haben) beginnen mit dem Fitness-Sport aus verschiedenen Gründen in Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme/dem Erscheinungsbild (Absicht, schlanker zu werden, Kontrolle über den Körper auszuüben, etwas zu kompensieren). Sie setzen den Sport entweder aus solchen extrinsischen Gründen fort – wobei sie ihre Motivation mit «Pflicht» und «zwanghaftes Bedürfnis» beschreiben – oder sie verlieren ihre Motivation und hören mit dem Sport auf.

III. Ambivalente Rolle des Sports bei der Entwicklung von Essstörungen

In der untersuchten Population spielt der Fitness-Sport keine Rolle bei der Auslösung von magersuchtartigen Essstörungen.

Fitness-Sportarten weisen allem Anschein nach ein geringeres Risiko für die Entwicklung von Essstörungen auf als andere Sportarten: Die Prävalenz von ES (Punktzahl EAT-26) ist bei Fitness-Sport treibenden Frauen (10,3%) tiefer als in anderen Sportarten, die als «Risikosportarten» für die Entwicklung von ES betrachtet werden (ästhetische Sportarten, Ausdauersportarten, Sportarten mit Gewichtsklassen oder mit Bewegung in der Vertikalen).

Fitness-Sportarten können für junge Frauen mit Essstörungen namentlich dann positive Auswirkungen haben, wenn sie:

- nach dem Belohnungsprinzip handeln (es sich erlauben, vor oder nach dem Sport zu essen);
- nach einer Verbesserung der sportlichen Leistung streben (essen, um keine Rückschritte zu machen);
- sich von den Essstörungen befreien und wieder die Herrschaft über ihren Körper erlangen wollen (insbesondere über Wasser-Fitness-Sportarten);
- ihr Bild im Spiegel nicht akzeptieren wollen.

IV. Muster bei der Entwicklung von ES

Alle befragten Frauen haben die Essstörungen nach einem Muster mit folgenden Charakteristiken entwickelt:

1. Vulnerabilität: Die Lebensläufe, so unvergleichbar sie auch sind, scheinen alle folgende Faktoren aufzuweisen:

- einen schwierigen familiären Hintergrund;
- die Entwicklung von ES während der Adoleszenz (oder der Postadoleszenz);
- ein bereits bestehendes (körperliches, psychisches und/oder soziales) Unwohlsein;
- psychologische Merkmale wie schwaches Selbstwertgefühl, mangelndes Selbstvertrauen und ausgeprägter Perfektionismus;
- den Einfluss von Dritten, die den Prozess zum Erlernen der Gewichtsabnahmemethoden begleiten (Medien, Freunde, Eltern, Trainer/Coachs).

2. Phase der Gewichtsabnahme: Aufgrund eines (körperlichen, sozialen und/oder psychischen)

Unwohlseins ist die Gewichtsabnahme erwünscht und wird angestrebt.

3. Entwicklung von zwei Verhaltensweisen, die miteinander zusammenhängen und für (magersuchtartige) Essstörungen charakteristisch sind:

- **Asketisches Verhalten:** Ein Bedürfnis nach Beherrschung und Kontrolle kommt auf und macht sich im Verhältnis zur Ernährung, zum Körper, zu den anderen, zu den schulischen und/oder beruflichen Tätigkeiten usw. bemerkbar.

- **Zwanghaftes Verhalten:** Gleichzeitig entwickeln die Frauen zwanghafte Ideen bezüglich Ernährung und Körper, die in ihrem Leben eine bestimmende und zentrale Rolle übernehmen.

Die Frauen weichen allmählich von den üblichen Normen in Sachen Ernährung und Körper ab. Gewichtsschwankungen, ein zu tiefer BMI und/oder ergänzende Methoden zur Gewichtsabnahme (selbst induziertes Erbrechen, Abführmittel, harntreibende Mittel oder intensives Sporttreiben) sind Indikatoren für zunehmend von der Norm abweichende und auf Essstörungen hinweisende Verhaltensweisen.

V. Unterschiedlicher Einsatz des Sports bei ES: Typologie der Profile

Im Hinblick auf den Grund für die sportlichen Aktivitäten konnten in der Studie **sechs Profile von Frauen** identifiziert werden, die an ES leiden (oder gelitten haben).

Vier Profile beziehen sich auf das Sporttreiben zur Erfüllung höchster Anforderungen:

1. Sport als Auslöser der ES: Der Wunsch, sportlich herausragende Leistungen zu erbringen, veranlasst die jungen Frauen, ein abweichendes Ernährungsverhalten anzunehmen. Die Diät wird begonnen, damit die **höchsten sportlichen Anforderungen erfüllt** werden können.

2. Sport als Ausdruck der ES: Der Sport dient als Mittel, um den Schlankkeitsidealen zu entsprechen und das Gefühl zu haben, zu den «Besten» zu gehören, oder um den Eindruck zu vermitteln, dass man sich durch die Fähigkeit zur Selbstkontrolle der Perfektion nähert. Das Selbstwertgefühl der Frauen ist davon abhängig, wie sehr sie den höchsten (sportlichen und/oder körperlichen und/oder schulischen) Anforderungen gerecht werden, die ihres Erachtens an sie gestellt werden.

3. Sport treiben, um «gesund zu sein»: Aufgrund der asketischen Normen, die in der Fähigkeit zur Körperkontrolle durch Diäten und Sport verwirklicht werden, werden die Begriffe «gesund» und «ungesund» neu definiert.

Die Frauen brauchen den Sport zu Beginn des Verlaufs ihrer Magersucht entweder als Begleiter bei den Essstörungen oder am Ende ihrer Magersucht, um wieder Fuss zu fassen, sich von der Vorstellung «gesund gleich mager» zu befreien und so wieder Muskeln aufzubauen und sich ihren Körper zu eigen zu machen.

4. Die Rolle des Aussehens: Die Aussenwahrnehmung, der Blick der anderen und der Wunsch, den herrschenden Normen zu entsprechen, sind die zentralen Beweggründe dieser Frauen. Sie wollen durch die Kontrolle ihrer äusseren Erscheinung dem Gefühl, dass sie einen unattraktiven Körper haben, entgegentreten oder wollen die höchsten Anforderungen erfüllen, die ihres Erachtens von ihrem Umfeld (Gleichaltrige, Eltern) an sie gestellt werden.

Zwei weitere Profile beziehen sich auf das Sporttreiben zur Erfüllung genderspezifischer Anforderungen:

5. Das traditionelle Bild der Weiblichkeit: Diese Frauen rechtfertigen ihre sportlichen Aktivitäten und die Diäten damit, dass sie in Anlehnung an ihre weiblichen Vorbilder (Mütter, Schwestern, Grossmütter, Freundinnen usw.) höchste Anforderungen an ihren Körper erfüllen wollen.

6. Das männliche Vorbild: Die männlichen Vorbilder spielen eine entscheidende Rolle. Die Frauen treiben Sport und machen Diät, um Normen bezüglich Männlichkeit zu entsprechen und sich von den traditionellen Formen der Weiblichkeit zu distanzieren. Oder sie bringen damit zum Ausdruck, dass sie nicht dem traditionellen Bild der Weiblichkeit zugeordnet werden wollen.

Diese Profile entsprechen der Momentaufnahme eines spezifischen Lebensabschnitts. Mehrere Frauen haben im Verlauf ihrer Magersucht verschiedenen Profilen entsprochen.

Im Allgemeinen treiben die jungen magersüchtigen Frauen Fitness-Sportarten, um sich selbst zu beherrschen und dadurch Selbstvertrauen zu gewinnen. Sie haben so das Gefühl, sich durch ihr asketisches Verhalten unter Kontrolle zu haben. Durch das (hinsichtlich Intensität und Häufigkeit) harte Training, das sie sich auferlegen, und durch ihre Verbissenheit – selbst bei Verletzungen – behaupten sie sich gegenüber einem Körper, über den sie die Kontrolle nicht verlieren wollen.

Rolle des Sports bei der Entwicklung von ES: Typologie der Profile

Zur Erfüllung höchster Anforderungen				Zur Erfüllung genderspezifischer Anforderungen		
1. Sport als Auslöser	2. Sport als Umfeld für den Ausdruck der ES	3. Sport treiben, um gesund zu sein		4. Die Rolle des Aussehens	5. Das Ideal bezüglich Weiblichkeit	6. Das Ideal bezüglich Männlichkeit
		3.a Sport als Begleiter der ES	3.b Sport zur Befreiung von den ES		6.a Umgekehrte Sozialisation	6.b Verweigerung der Zuordnung

English synthesis

Fitness sports frequently show models of thinness that are very normative. The question asked by this study is to know whether the prevalence of eating disorders is high among those practising and if the engagement in these sports is an influence on these eating disorders. This research study is based on a sample of 1270 women practising fitness sports in Switzerland aged 14 to 30 years old ($M=23.7$, $SD=3.0$), who were asked by questionnaire and on 45 interviews with 40 women and 5 men from 15 to 40 years old ($M=24.3$, $SD=5.4$).

Three indicators were used in order to comprehend the eating disorders by questionnaire: the EAT-26 scale, the body mass index (BMI) and the use of weight-loss methods (dieting, fasting, provoked vomiting, laxatives, diuretics, appetite suppressants)

The results show that:

- the prevalence of eating disorders among those practising fitness sports is 10.31% (EAT-26 score ≥ 20);
- eating disorders are more frequent among women with too low a weight, or too high in relation with their height;
- the use of weight-loss methods (dieting, fasting, provoked vomiting, laxatives, diuretics, appetite suppressants) is linked to eating disorders. The same is true for the length of use of these methods.

I. Links Between Fitness Sports and Eating Disorders (ED)

- the prevalence of eating disorders is higher in private fitness clubs than in other sites (optional university sport, associations or sports clubs, etc.);
- women with eating disorders (EAT-26 score ≥ 20) are mainly concentrated in the fitness sports with the highest-energy level spent (cardiovascular group classes in fitness gyms, but especially running, biking or swimming);
- the quantity or frequency of fitness sports practice are generally higher among women who have anorexia or who are in a restrictive eating phase;
- among the women practising fitness sports, eating disorders are associated with an addiction to sport, bone problems (fractures, osteoporosis) and irregular menstrual cycles.

II. Dominant Extrinsic Motivations

The motivations of those practising are linked to physical, psychological and/or social health, (64.2%) and with weight-loss / change in body appearance (13.8%). The higher the weight-loss is, the more important the eating disorders are (EAT-26 score). 13.4% of girls without ED say that they are primarily motivated in fitness sports by weight loss and / or appearance compared to 41.1% of girls with ED.

- The evolution in motivations of practice differs between women with or without eating disorders (ED):

- women never having had an ED are invested in fitness sports for different reasons that are not necessarily in link with weight-loss / appearance. It seems that the beneficial health effects of this sport causes the emergence of a feeling of pleasure (intrinsic motivation);
- women with an ED (or having had one) take on a fitness sports practise for different reasons, all linked with weight-loss/appearance (reasons of weight loss, body control, or compensatory). Their motivations for practice remain extrinsic and are described as an « obligation », an « addiction », a « compulsive need », or disappear and they stop their sports practice.

III. An Ambivalent Position of the Practise in the Development of Eating Disorders

The practice of fitness sports is not a triggering factor of anorexic disorders for the population studied.

Fitness sports seem a less risky practise than others in the development of eating disorders: the prevalence of ED (score EAT-26) among women practising fitness sports (10.3%) is lower than those found in sports considered “at risk” in the development of an ED (aesthetic sports, endurance, with weight categories, and vertical movements).

Fitness sports can be beneficial for some girls with eating disorders, notably when those practising:

- favour merit, (allowing themselves to eat before or after sport);
- are seeking an increase in their sports performance (eating to not regress);
- want to break-free and re-appropriate their body (notably through aquatic fitness sports);
- refuse to accept their image as reflected in the mirror.

IV. An Engagement Process in the Eating Disorders

For all the women interviewed, the engagement process in eating disorders is characterised by:

1. Vulnerability factors: life experiences, as individual as they are, seem to converge to the following elements:

- a difficult family history;
- the development of an ED during adolescence (or post adolescence);
- a pre-existing ill-being (physical, psychological and / or social);
- psychological characteristics such as low self esteem, lack of self-confidence, and a high level of perfectionism;
- the influence of third party accompanying guides in weight loss learning processes (the media, friends, parents, trainers/coaches).

2. A weight-loss period: weight loss is desired and sought following a period of ill-being (physical, social and / or psychological), and a weight gain, either real or perceived.

3. The development of two types of behaviours inter-linked and characteristics of eating disorders (anorexia type):

- **An ascetic comportment:** the need for control appears and is shown through their relation to eating, the body, to others, to school activities and / or professional, etc.
- **An obsessional comportment:** in parallel these women develop obsessional thoughts with food and the body, which become central priority elements in their life.

These women progressively move ordinary eating and body norms. Weight variations, a BMI lower than normal, and / or the use of compensatory weight-loss methods (provoked vomiting, laxatives, diuretics, or intense sports practices) are as many indicators that emphasize comportments that are increasingly deviant and revealing of an ED.

V. Differentiated Uses of Sports Practises in Eating Disorders (ED): a typology of profiles

We have identified six profiles of women with (or having had) an ED using sports for reasons that differ.

Four profiles all refer to a use of sports in order to adhere to norms of excellence.

1. Sport as a trigger for EDs: the desire to excel in sports pushes young women towards deviant eating habits. The entry into dieting is done to conform to norms of excellence in sports;

2. Sport Where ED are expressed: sport is also one of the techniques to conform to thin body models, so as to feel among the « best » or giving the feeling of coming close to perfection through the development of control of one's self. Their self-esteem is built to conform to the excellence that they believe is expected from them. (sports and/or body and / or scholar)

3. The use of sports to be « in good health »: ascetic norms, expressed in the capacity to control

one's body through dieting and sports, lead to a redefinition of healthy and unhealthy. These women use sports practice in the beginning of a career, either as an accompanying guide in eating disorders, or used at the end of a career to take hold and move away from a definition of healthy associated with thinness, thus to rebuild muscles or to re-appropriate their body;

4. The role of appearances: the external identity, other people's opinion and the desire to conform to dominant norms are at the heart of their motivations;

Two other profiles refer to a sports practice use linked to adhering to gender norms:

5. The model of femininity: these women justify their sports practices and the dieting as means to reach a body excellence conforming with feminine models (mothers, sisters, grandmothers, friends, etc.)

6. The models of virility: the models of virility play a determining role. Women use sports and dieting either as a means to conform to virility norms and to put traditional femininity norms at a distance, or as a means to express a refusal to adhere to traditional feminine appearances.

These typologies correspond to an image-freeze at a specific moment in the course of life. However, many of these women have come close to other profiles during their anorexic career.

The practice of fitness sports is generally used as a means of self-mastery that reassures these young anorexic women by giving them the feeling of control that they have over themselves, through their ascetic behaviours. In effect, it is through the rigidity of training that they impose on themselves (as much as in the intensity as in the frequency) and in their relentlessness, even when hurt, that these women affirm their control over a body that must not escape them.

Differentiated Uses of Sports Practises in Eating Disorders (ED): a typology of profiles					
Conforming to norms of excellence			Conforming to gender norms		
1. Sport as a trigger for Eds	2. Sport where ED are expressed	3. The use of sports to be « in good health »	4. The role of appearances	5. The model of femininity	6. The models of virility
		3.a Sport accompanying EDs			6.a The role of inverted socialisation
		3.b. Sport as a release from Eds			6.b. Refusal of traditional femininity norms

Liste des abréviations

- TCA : Trouble du comportement alimentaire (nous prenons ici essentiellement les troubles anorexiques en compte)
- EAT-26 : échelle de mesure des troubles du comportement alimentaire validée nommée « *Eating Attitude Test* » composée de 26 questions
- IMC : indice de masse corporelle
- UMSA : unité multidisciplinaire de la santé des adolescents, Lausanne
- ABA : association boulimie – anorexie, Lausanne
- ET : Ecart-type
- Moy : moyenne
- (*): $p < 0.05$, (**): $p < 0.01$; (***): $p < 0.001$

I. INTRODUCTION

« Le sport est devenu porteur de deux normes sociales significatives - l'orientation vers la performance et le culte d'un corps beau et svelte – qui offrent un terrain fertile pour le développement de différents troubles alimentaires » (ASPS 2009, p.1).

L'ASPS (Association Suisse de Psychologie du Sport) souligne bien l'importance et l'intérêt de mieux comprendre les liens entre le sport et les troubles du comportement alimentaire. Le rôle central des apparences incite à s'intéresser aux usages non compétitifs du sport et plus particulièrement aux sports de remise en forme dont le succès repose en grande partie sur une quête de transformation des apparences. En effet, dans un contexte où l'entraînement sportif vise à obtenir un poids et/ou des formes corporelles se conformant à des normes esthétiques, la pratique sportive peut avoir des liens avec l'émergence de différentes formes de troubles alimentaires (Maugendre, Spitz et al. 2009). Les troubles du comportement alimentaire sont associés à trois types de conduites pathologiques selon l'American-Psychiatric-Association (1994) :

- L'anorexie : qui se traduit par une diminution volontaire de son apport alimentaire, ceci dans le but de perdre du poids alors que l'individu est déjà mince ou maigre. Elle comprend deux sous-types ; l'anorexie de type « restrictive » où l'amaigrissement s'obtient par la restriction alimentaire, et l'anorexie

de type « boulimie/vomissement » où le sujet à recours à différentes méthodes pour s'amaigrir.

- La boulimie : qui comporte des épisodes répétés de crises de boulimie altérées par des comportements compensatoires tels que les vomissements provoqués, les jeûnes, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, ou la pratique excessive d'exercices physiques.
- Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (Ednos) : qui classifient les troubles ne répondant pas à l'ensemble des critères des troubles du comportement alimentaire spécifiques telles que l'anorexie mentale ou la boulimie. En effet, les Ednos caractérisent les sujets qui sont affectés par deux ou trois des critères de l'anorexie mentale ou de la boulimie.

Le tableau 1 (ci-dessous) indique une différenciation des troubles alimentaires selon les pratiques (Dosil 2008), différentes pratiques d'entretien corporel comportent des risques de développement des troubles alimentaires :

Type of sport	Description of the sport	Examples of sporting disciplines
Aesthetic sports	Sports in which the required bodily aesthetics demand thinness	Rhythmic and artistic gymnastics, ice-skating, dance, etc.
Weight division sports	Sports in which athletes' weight determines the category they compete in	Judo, boxing, wrestling, etc.
Gym sports	Sports pursuing muscular development and/or a reduction in body fat	Bodybuilding, aerobics, fitness, etc.
Endurance sports and low weight performance sports	Sports demanding resistance and a thin body to reach peak performance	Athletics (middle-distance and distance), cycling, swimming, horse racing, motorcycling, etc.

Tableau 1 : Joaquin Dosil (2008), *Eating Disorders in Athletes*

Les pratiques sportives qui sont « à risques » dans le développement des TCA sont donc les suivantes :

- les sports esthétiques qui nécessitent une apparence corporelle particulière comme la danse, le patinage ou la gymnastique artistique ;
- les sports à catégorie de poids tels que le judo ou la lutte où le poids corporel est une variable déterminante pour la compétition ;
- les sports d'endurance où la minceur est souvent associée à la performance physique ;
- **les « gym sports », c'est à dire les pratiques dans les salles de remise en forme.** Elles concernent les hommes qui souffrent de

dysmorphie musculaire¹ et les femmes qui enchaînent à l'excès les séances de cours collectifs (body jump, aérobic, cuisse-abdos-fessiers, etc.) dans le but de modifier leur silhouette et diminuer leur poids corporel.

Comme le souligne Filare et al. (2008), la prévalence des troubles du comportement alimentaire au sein d'une population sportive peut s'exprimer de deux manières différentes :

¹ Dysmorphie musculaire (ou anorexie inversée) : trouble de l'image corporelle courant chez les hommes qui perçoivent leur musculature et leur stature comme insuffisantes.

- soit la minceur est au service du sport et ce sont les exigences de certains sports qui favorisent l'apparition de troubles alimentaires (sports esthétiques, à catégorie de poids, etc.) ;
- soit le sport est au service de la minceur et ce sont les individus avec une prédisposition aux troubles alimentaires qui s'orientent vers certaines disciplines sportives coûteuses en énergie comme les sports de remise en forme.

L'appellation relativement récente « activités physiques de remise en forme » correspond à toutes les activités telles que l'aérobic, le fitness ou la musculation. Elle suggère un double sens du mot forme. En effet, il s'agit de la forme au sens de la perception de son corps et d'un intérêt pour la forme esthétique, mais aussi de la forme au sens hygiéniste du terme et relevant d'un intérêt pour le bien-être et la santé (Bui-Xuan 2000).

Depuis une cinquantaine d'années, l'intérêt pour le bien-être et l'apparence corporelle fait l'objet d'un marché en pleine expansion qui se développe et se diversifie au sein de notre société (Travaillot 1998). En Suisse, les centres de remise en forme privés offrent une importante accessibilité à la pratique sportive en proposant de larges plages horaires ainsi qu'une grande variété d'activités et de cours. En effet, « le personal trainer », les cours collectifs (step, cuisses-abdos-fessiers, body pump, pilate, stretching, cycling), les activités de détente (sauna, bain turcs et yoga) ou l'accès libre en salle de musculation (machines cardio-vasculaires ou de musculation) font partie de la panoplie des services proposés aux clients. Pour le public étudiant, il est également proposé de nombreux cours de remise en forme grâce aux sports facultatifs des universités, des hautes écoles (haute école pédagogique, école hôtelière, etc.) ou dans les écoles post-obligatoires.

La Fédération Suisse des Centres de Fitness (FSCS) est une organisation faîtière des exploitants de centres de fitness privés (Sfgv). Elle définit les profils professionnels du fitness et organise l'examen professionnel d'instructeurs fitness. De plus, elle cherche à positionner la branche dans le système sanitaire. D'ailleurs, depuis peu, certaines assurances maladies proposent le remboursement partiel des frais d'inscription à un centre de fitness. Malgré les bienfaits reconnus des sports de remise en forme pour la santé et les efforts pour valoriser ces activités dans le système sanitaire, certains usages de ces pratiques sportives semblent pouvoir être néfastes pour certaines femmes à risque de développer des troubles alimentaires.

Cette recherche intitulée TAPS1 s'inscrit dans le programme national « alimentation et activité physique (PNAAP) / Ernährung und Bewegung » de l'OFSP » et s'intéresse prioritairement à la

problématique du « sport au service de la minceur ». Dans la mesure où la pratique excessive d'exercices physiques est un moyen pour les personnes à tendance anorexique d'avoir un contrôle sur leur poids corporel, le rôle du sport dans la genèse, le développement et la guérison des troubles alimentaires doivent être mieux compris. Par ailleurs, le choix de la pratique de certaines disciplines plus contraignantes pour le corps et plus exigeantes du point de vue de l'hygiène alimentaire peuvent « séduire » les jeunes filles à tendance anorexique et leur servir d'alibi pour masquer, voire légitimer leurs troubles du comportement alimentaire (Filaire, Rouveix et al. 2008). Dans le cas où le sport est au service de la minceur, ce sont des sports esthétiques (danse, gymnastique), des sports d'endurance, ou des sports de remise en forme (fitness, aérobic, bodybuilding) qui sont le plus souvent pratiqués pour maigrir ou modeler la silhouette (Dosil, 2008). Dans cette perspective, certains usages des pratiques sportives peuvent être considérés comme des symptômes importants des TCA et méritent d'être mieux étudiés notamment afin de voir s'il est possible de mieux prévenir ce type de troubles.

Nous nous sommes intéressés aux troubles du comportement alimentaire de type anorexique. Le questionnaire aborde les TCA de manière indirecte, à partir d'échelles d'attitude. Les personnes atteintes d'anorexie peuvent être dans le déni et les mesures indirectes ont été largement validées dans la littérature en particulier par l'EAT-26 que nous avons utilisé et qui est la manière la plus courante d'identifier les troubles anorexiques.

Les femmes souffrant de troubles anorexiques utilisent le sport alors que les femmes souffrant de troubles boulimiques ne l'utilisent que très rarement. Deux types de troubles anorexiques peuvent être distingués (DSM-IV) : l'anorexie restrictive et les crises de boulimie avec vomissements provoqués ou prises de purgatifs. Les périodes d'anorexie restrictive sont favorables à l'utilisation du sport alors que les périodes de boulimie avec vomissements provoqués ne le sont pas. Les crises de boulimie avec vomissements provoqués ou usage de laxatifs sont trop coûteuses en temps et en énergie pour permettre la poursuite d'un sport.

Nous n'avons pas différencié les femmes atteintes d'anorexie mentale et d'anorexie atypique. Il n'est pas possible de différencier ces degrés de gravité car nous n'avons pas essayé de faire le point sur les 4 critères indiqués dans le DSM-IV pour catégoriser une fille dans de l'anorexie mentale. Seuls les psychiatres et les psychologues ont la formation pour le faire de manière appropriée et, par ailleurs, un seul entretien ne suffit pas à catégoriser ces personnes.

II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

1. Objet d'étude

Cette étude traite des troubles alimentaires (plus particulièrement des troubles anorexiques) chez les femmes qui pratiquent des sports de remise en forme.

Les questions de recherche de ce projet sont les suivantes :

- Chez les femmes âgées de 16 à 25 ans pratiquant des sports de remise en forme en Suisse romande et alémanique, existe-t-il des troubles alimentaires de type anorexique ? Quelle en est la prévalence ? Quelles méthodes utilisent-elles le plus fréquemment pour perdre du poids (jeûnes, régimes, vomissements provoqués, laxatifs et diurétiques, coupes faim, pratique sportive) ? Est-il possible d'établir un lien entre la quantité de pratique sportive et la présence et/ou la gravité du trouble alimentaire développé ?
- Comment la pratique sportive est-elle vécue par les femmes ayant des troubles alimentaires avérés (consultations dans des centres spécialisés) ? Est-il possible d'établir des liens entre la genèse, le développement des troubles alimentaires et la pratique sportive ? Le sport est-il devenu une conduite de l'ordre de l'obsession lors du trouble ?
- Les femmes pratiquant un sport de remise en forme et atteintes de troubles alimentaires présentent-elles des caractéristiques particulières (au niveau comportemental, psychologique, social) comparées aux pratiquantes non atteintes de troubles alimentaires ? Lesquelles ? Ont-elles une satisfaction liée à l'apparence plus faible que les femmes non atteintes de troubles alimentaires ? Ressentent-elles davantage de pression normative de l'entourage pour façonner leur corps selon des modèles de la maigreur que les autres ? Quelles sont les influences sociales (famille, pairs, média, milieu sportif, etc.) dans la genèse et le développement des troubles alimentaires ? Se pèsent-elles plus fréquemment ? Existe-t-il des carrières qui conduisent à développer des troubles ? Ont-elles davantage d'antécédents de troubles alimentaires ou psychologiques dans leur famille ?

Les objectifs de cette recherche sont les suivants :

- Identifier et comprendre les liens envisageables entre les troubles alimentaires et la pratique de sports de remise en forme ;
- Identifier et comprendre le processus qui mène les femmes à développer des troubles alimentaires

(de type anorexique) et exercer une pratique sportive non compétitive à outrance ;

- Identifier et comprendre les influences environnementales et les caractéristiques individuelles des femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire qui s'adonnent à outrance au sport ;
- Améliorer la prévention sur les liens entre pratique sportive et troubles alimentaires dans les salles de remise en forme, dans le cadre du sport universitaire et les centres d'information et de soutien pour les personnes victimes de troubles alimentaires.

2. Méthodologie

2.1. Outils de recueil des données

Deux approches complémentaires ont été utilisées afin d'appréhender au mieux les liens entre l'activité physique (plus particulièrement les sports de remise en forme) et les troubles alimentaires de type anorexique : une approche quantitative avec des questionnaires et une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs.

2.1.1. Les questionnaires

Les questionnaires nous ont permis de décrire le phénomène et appréhender les principales variables explicatives. Cette approche nous a, d'une part, aidé à mieux identifier les caractéristiques des troubles alimentaires dans les sports de remise en forme. D'autre part, elle nous a permis de cerner les liens entre différents facteurs psychosociaux (caractéristiques psychologiques, sociales et comportementales des individus, ainsi que les influences sociales subies) et les troubles alimentaires chez les personnes qui pratiquent des sports de remise en forme.

Ce questionnaire a été conçu pour être complété en moins de 20 minutes (cf. annexe 1). Il comprend des questions d'identification de la personne (sexe, âge, poids, etc.), des questions sur les parcours et styles de vie des personnes ainsi que les différentes échelles de mesure validées suivantes :

- The Body Shape Questionnaire (BSQ-8c) mesurant l'insatisfaction corporelle (Lentillon-Kaestner, Berchtold et al. submitted),

- The Eating Attitude Test (EAT-26) évaluant le comportement alimentaire (Leichner, Steiger et al. 1994),
- The Exercise Dependence Scale Revised (EDS-R) mesurant la dépendance à l'exercice physique (Kern 2007),
- The Personal Attribute Questionnaire (PAQ) donnant une indication sur l'adhésion aux stéréotypes de féminité et de masculinité (K'elant and Gana 2009).

2.1.2. Les entretiens

Les entretiens semi-directifs ont permis d'analyser plus finement les différents éléments qui mènent aux troubles alimentaires de type anorexique : les caractéristiques individuelles (psychologiques, sociales, comportementales) des personnes, leur environnement familial (présence de troubles dépressifs / anorexiques dans la famille) et les influences sociales (rôle du milieu sportif, influence des pairs, des modèles d'identification et des médias). Les thématiques abordées dans le guide d'entretien (voir annexe 2.1) ont été choisies en prenant en compte des résultats les plus importants identifiés dans la revue de littérature. Tous les éléments qui ont un lien direct ou indirect avec les troubles alimentaires ont été abordés dans ces entretiens :

- la pratique sportive,
- le rapport au corps,
- le rapport à la nourriture,
- les caractéristiques psychologiques,
- la santé physique,
- le style de vie,
- le contexte relationnel,
- l'histoire familiale,
- la consommation de substances psycho actives.

2.2. Échantillon

2.2.1. Les questionnaires

Au total, 1270 questionnaires exploitables (voir annexes 1.1 et 1.2) ont été remplis par des pratiquantes de sports de remise en forme ; 623 en Suisse romande et 647 en Suisse allemande.

■ *Age de la population*

Cet échantillon de la population est composé de femmes âgées de 14 à 30 ans dont la moyenne d'âge est de 23.8 (ET=3.0).

■ *Niveau de formation*

Au moment de l'enquête, la majorité des femmes interrogées a atteint un niveau d'études supérieures. En effet, notre échantillon se compose de ;

- 78.1% de femmes ayant un niveau d'étude supérieure,
- 10.6% ayant un diplôme de l'enseignement général post-obligatoire comme degré d'étude le plus élevé,

- 6.5% un diplôme de l'enseignement professionnel post-obligatoire,
- 2.6% un diplôme de la scolarité obligatoire,
- 1 personne a coché la case « autres » en précisant la fonction de fille au pair.

■ *Situation professionnelle*

La situation professionnelle des femmes interrogées est la suivante :

- 72.4% d'entre elles sont en formation (apprenties, étudiantes),
- 22.7% sont en emploi,
- 0.5% sont au chômage,
- 0.2% sont femmes au foyer.

■ *Nationalité*

Parmi les femmes interrogées, 85.5% sont de nationalité Suisse.

2.2.2. Les entretiens

Au total, 45 entretiens d'une durée moyenne de 1h18 ont été réalisés auprès de personnes entre 15 et 40 ans (M=24.3, ET=5.4). Cet échantillon comprend :

→ 40 entretiens avec des femmes :

- 25 avec des femmes ayant (ou ayant eu dans le passé) des troubles alimentaires avérés (qui sont ou ont été suivies par un/une psychologue, psychiatre, diététicien/ne pour résoudre leurs problèmes),
- 15 avec des femmes n'ayant jamais eu de troubles alimentaires.

→ 5 entretiens avec des hommes :

- 3 avec des hommes ayant (ou ayant eu dans le passé) des troubles alimentaires avérés (qui sont ou ont été suivies par un/une psychologue, psychiatre, diététicien/ne pour résoudre leurs problèmes),
- 2 avec des hommes n'ayant jamais eu de troubles alimentaires.

Dans le projet initial, nous souhaitions collecter 20 entretiens au minimum ; 10 auprès de femmes ayant ou ayant eu des troubles alimentaires et 10 n'en n'ayant jamais eu. Nous avons donc largement dépassé notre objectif avec la réalisation de 45 entretiens, nous permettant ainsi de renforcer les analyses.

Les hommes n'avaient pas été retenus dans le projet initial mais ils ont été interrogés pour compléter et mieux comprendre l'effet du genre sur les conduites anorexiques et l'usage du sport dans les troubles alimentaires.

2.3. Procédure

2.3.1. Les questionnaires

La récolte des données s'est effectuée en Suisse romande de mai 2010 à juin 2011 et en Suisse alémanique au printemps 2011. Elle a eu lieu dans des

centres de fitness privés ainsi que dans des cours de fitness des sports facultatifs des Universités, des Hautes écoles pédagogiques et des écoles post-obligatoires.

2.3.2. Les entretiens

Pour atteindre des femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires de type anorexique et pratiquant des sports de remise en forme, nous avons entrepris les démarches suivantes :

- conception d'affiches, de flyers et d'une fiche d'information en lien avec le projet,
- envoi d'une trentaine de mails à des psychologues, diététiciens, psychiatres qui s'occupent de personnes ayant des troubles alimentaires,
- prise de contact avec les partenaires et collaborateurs aux projets pour la mise en place de l'étude (UMSA et ABA).

Les participantes savaient qu'elles avaient eu des troubles alimentaires puisqu'elles ont été suivies à un moment ou à un autre pour ce trouble.

2.4. Analyse

2.4.1. Les questionnaires

Suite à la vérification de la validité des échelles utilisées dans notre questionnaire sur notre échantillon de 1270 femmes âgées de 14 à 30 ans, nous avons préparé les données pour l'analyse statistique. Le logiciel de statistique « Statistica » a été utilisé afin d'effectuer des analyses descriptives, bivariées et univariées.

Les données recueillies par questionnaires auprès des femmes pratiquant des sports de remise en forme ont été séparées en deux sous-groupes : les femmes atteintes de troubles alimentaires ($EAT-26 \geq 20$) et les femmes non atteintes de troubles alimentaires ($EAT-26 < 20$). En effet, au niveau de l'EAT-26, un score égal ou supérieur à 20 est considéré comme un indice de pathologie (Leichner et al., 1994). La comparaison a permis d'affiner les analyses de ces deux sous-groupes et de répondre au mieux à nos questions de recherche.

2.4.2. Les entretiens

Les entretiens ont été construits à partir d'un guide d'entretien qui a permis d'identifier les principaux indicateurs que nous souhaitions collecter. Une partie des indicateurs sont communs aux questionnaires, par exemple les éléments sur l'estime de soi. Mais les entretiens visaient aussi à comprendre qualitativement la temporalité des processus et nous nous sommes inspirés du travail de M. Darmon (2003) sur les carrières anorexiques.

Les entretiens ont été retranscrits. Les analyses de contenu ont été réalisées par des personnes compétentes dans l'analyse des données qualitatives.

Deux types d'analyse de contenu ont été réalisés : une analyse thématique, ainsi qu'une analyse plus globale sur les histoires de vie en lien avec l'avènement des troubles alimentaires et l'utilisation de la pratique sportive.

2.4.2.1. Analyse thématique

Vu le faible nombre d'hommes interrogés et la grande quantité d'informations recueillies auprès des femmes, nous avons fait le choix pour l'analyse thématique de ne traiter que les entretiens réalisés avec les femmes (40 femmes au total).

Les analyses ont été réalisées dans un premier temps à partir des fiches de synthèse préalablement effectuées sur chaque personne. Les entretiens complets ont été utilisés quand les informations sur le thème en question étaient insuffisantes dans les synthèses. Une analyse de type « logico-sémantique » a été réalisée (Mucchielli, 1998). Les réponses des interviewées ont été organisées en fonction des thématiques abordées dans l'entretien. Ensuite, les réponses de tous les interviewés ont été regroupées par thème. Une méthode inductive a été utilisée pour déterminer les catégories d'analyse. Les résultats ont été soumis au regard critique des autres chercheurs impliqués dans l'étude. Par ailleurs, les catégories ont été régulièrement remises en cause, jusqu'à leur stabilisation, en revenant aux matériaux empiriques. Pour chacun des thèmes retenus, nous avons réalisé un tableau comparatif avec les réponses des femmes atteintes de troubles alimentaires et celles des femmes non atteintes de troubles alimentaires. Puis, nous avons analysé plus finement les différences et similitudes observables entre les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires et les femmes n'en ayant jamais eu.

2.4.2.2. Analyse globale des histoires de vie

L'analyse thématique ne nous permet pas de présenter tous les éléments importants qui ressortent des entretiens. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de faire un deuxième type d'analyse davantage axé sur les histoires de vie de chacune des personnes interrogées. Cette analyse est basée prioritairement sur les éléments qui ressortent comme très importants dans les entretiens, notamment en ce qui concernent la genèse (les éléments déclencheurs), le développement (acceptation, rémission) des troubles alimentaires chez ces personnes et l'utilisation de la pratique sportive en lien avec ces troubles. Elle nous a permis de comprendre les usages du sport de remise en forme dans le processus qui mène l'individu vers des pratiques alimentaires déviantes.

III. RÉSULTATS

Cette partie de présentation des résultats se structure en deux grandes parties :

- La première partie permet de faire le point sur la prévalence des TCA dans les sports de remise en forme. Les différents paramètres caractérisant la pratique sportive et les caractéristiques psychologiques et sociologiques qui peuvent être associés aux développements des TCA ont été analysés. Cette première partie s'appuie sur les résultats issus des questionnaires et des entretiens. Si les questionnaires s'appuient sur un grand échantillon et permettent d'apporter des résultats statistiques, les données qualitatives issues des entretiens permettent de mieux comprendre les données quantitatives.
- Dans la deuxième partie, l'analyse des entretiens semi-directifs menés auprès des femmes présentant

des troubles alimentaires, ceci appuyé par l'enquête par questionnaire, nous a permis d'identifier différents processus qui mènent les pratiquantes de sports de remise en forme à l'adoption de comportements alimentaires déviants. En effet, alors que chaque interview se réfère à une histoire de vie personnelle, des proximités ont émergé entre ces femmes. Cela nous a permis d'identifier six types d'utilisation des sports de remise en forme chez les femmes interviewées ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires. Le schéma 1 ci-dessous propose une vision synthétique des types de processus qui mènent les pratiquantes de sports de remise en forme à développer des comportements alimentaires déviants :

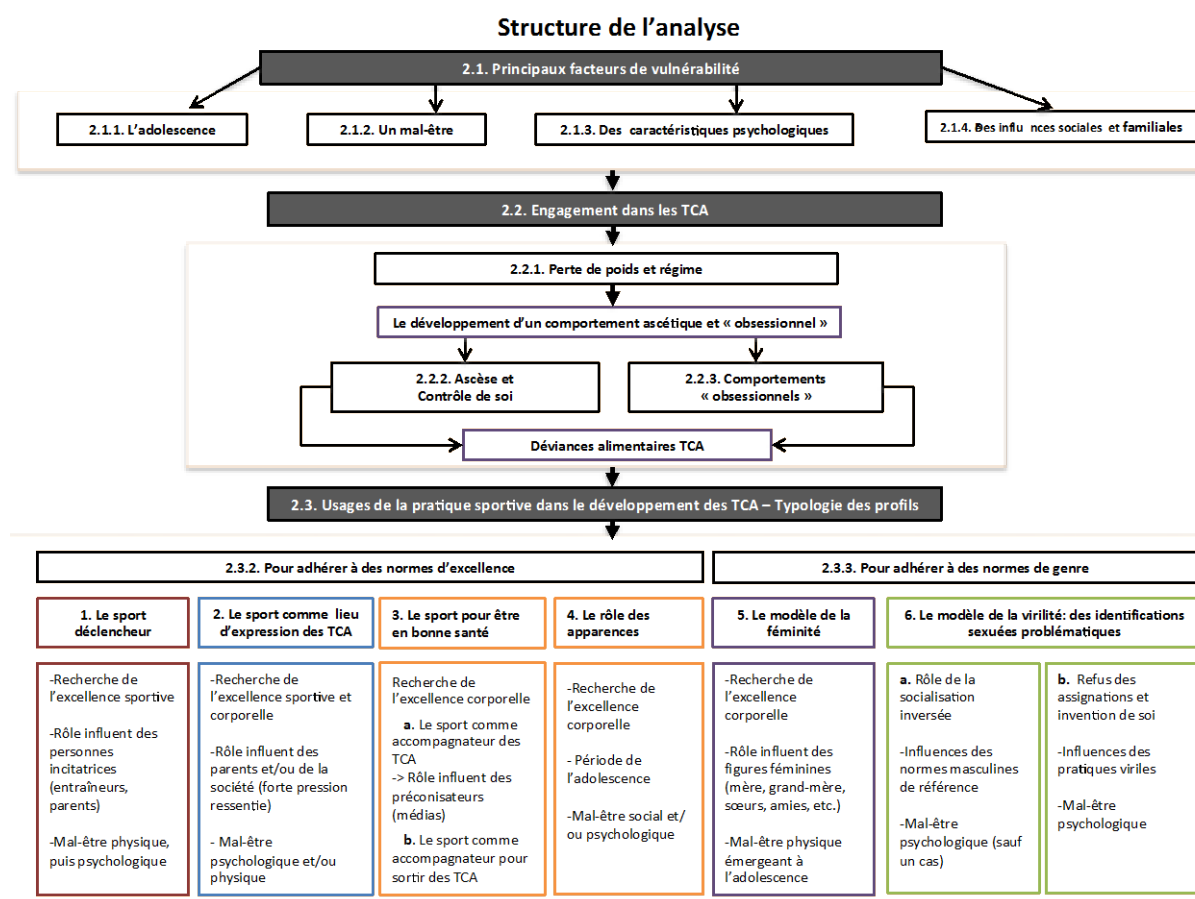


Schéma 1: Typologie des profils : usages du sport de remise en forme dans le développement des TCA

Pour toutes les femmes interviewées, le processus d'engagement dans les troubles alimentaires se caractérise par plusieurs facteurs et une temporalité :

1. Principaux facteurs de vulnérabilité (voir le chap. 2.1) : il existe certaines similarités dans le

discours des femmes interrogées ayant des troubles alimentaires qui nous permet de définir ces femmes comme une population vulnérable. En effet, leurs parcours de vie, tout aussi singuliers qu'ils soient, semblent converger sur les éléments suivants :

- le développement des troubles alimentaires dans la **période de l'adolescence** (ou la post adolescence),
- un **mal-être** (physique, psychologique et/ou social) préexistant,
- des caractéristiques psychologiques telles qu'une **faible estime de soi**, un manque de confiance en soi et un perfectionnisme élevé,
- **des influences socioculturelles** (des médias, des amis, des parents, des entraîneurs/coachs) à perdre du poids et **une histoire familiale** difficilement vécue.

2. Une période de perte de poids et de régime (voir chap. 2.2.1) : dans la plupart des entretiens, la perte de poids était désirée et recherchée suite à une prise de poids réelle ou perçue. Ces femmes ont utilisé le régime comme premier moyen pour maigrir. Une seule fille explique avoir perdu du poids de manière involontaire (par l'intensification de la pratique sportive) et ne pas avoir entrepris de régime.

3. Le développement de deux types de comportements inter-reliés et caractéristiques des troubles alimentaires (de type anorexiques) :

- a) **Un comportement ascétique (voir chap. 2.2.2) :** le besoin de maîtrise et de contrôle apparaît et se manifeste à travers leur rapport à l'alimentation, au corps, aux autres, aux activités scolaires et/ou professionnelles, etc. Les femmes racontent vouloir tout maîtriser et cette sensation de domination leur permet de se sentir « toute puissante » et « meilleure ».
- b) **Un comportement obsessionnel (voir chap. 2.2.2) :** parallèlement, ces femmes développent des pensées obsessionnelles face à la nourriture et au corps, qui deviennent des éléments prioritaires et centraux dans leur vie.

Les femmes déplacent progressivement les normes alimentaires et corporelles ordinaires et sont en situation de **déviance alimentaire de type TCA**. Des variations de poids, un IMC inférieur à la normale, et/ou l'utilisation de méthodes compensatoires de perte de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques ou pratiques sportives intensives) sont autant d'indicateurs qui soulignent

des comportements de plus en plus déviants et révélateurs de troubles du comportement alimentaire.

4. Des usages de la pratique sportive (voir chap. 2.3)

Les facteurs de vulnérabilité et l'engagement dans les TCA préparent à des usages différenciés de la pratique sportive. Les données collectées permettent d'identifier **six profils de femmes** ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires dont la logique d'utilisation des sports de remise en forme diffère dans la carrière anorexique :

1. une entrée en régime pour **se conformer aux normes de l'excellence sportive (le sport comme déclencheur des TCA) ;**
2. une quête de l'excellence et **le sport comme lieu d'expression des troubles alimentaires ;**
3. **des normes ascétiques**, exprimées dans la capacité de contrôle de son corps par les régimes et le sport, qui conduisent à une redéfinition du sain et du malsain (**le sport pour être en bonne santé**) ;
4. les troubles alimentaires et le sport comme ressource pour **se conformer aux normes sociales des apparences (le rôle des apparences) ;**

→ Ces quatre premiers profils se réfèrent tous à un usage du sport pour adhérer à des normes d'excellence.

5. L'importance du **modèle de la féminité** : ces femmes sont très influencées par les normes de genre et le fitness constitue une ressource pour s'y conformer;
6. des identifications sexuées problématiques avec **une influence du modèle de la virilité** dans la construction des normes, les troubles alimentaires et le sport semblent être des ressources pour faire face à des normes « décalées » par rapport à son sexe.

→ Ces deux derniers profils se réfèrent tous à un usage de la pratique sportive pour adhérer à des normes de genre.

1. Pratique sportive et développement des troubles alimentaires

1.1. Pratique sportive des femmes s'adonnant aux sports de remise en forme

Points clés : En moyenne, les femmes interrogées par questionnaire pratiquent 3 heures de sports de remise en forme par semaine (ET=2.0). La majorité de ces femmes :

- s'entraîne à une fréquence de 2-3 fois par semaine (48.2%),
- effectue régulièrement des cours cardio-vasculaires tels que l'aérobic, le step, le kick-boxing, etc. (73.9%),
- pratique dans le cadre du sport facultatif dispensé par les universités, les Hautes écoles pédagogiques ou les écoles post-obligatoires (72.4%).

Pour 61.3% des femmes interrogées, les sports de remise en forme correspondent à leur pratique sportive principale (annexe 1). En moyenne les femmes ont commencé la pratique des sports de remise en forme à l'âge de 17.9 ans (ET=4.3) (annexe 2).

1.1.1. Types de cours pratiqués

Parmi les femmes interrogées dans les salles de remise en forme (annexe 3) :

- 73.9% suivent régulièrement des cours cardio-vasculaires (aérobic, step, kick-boxing, latino, body attack, etc.),
- 48.4% suivent régulièrement des cours de renforcement musculaire ou harmonisation de la posture (fit-ball, gym dos, body pump, pilates, chi ball, bodybalance, stretching, yoga, etc.),
- 13.0% font d'autres types de sports de remise en forme (course à pieds, parcours vita, aquagym, natation, danse, vélo, randonnées, etc.).

1.1.2. Lieu de pratique des sports de remise en forme

Parmi les femmes interrogées (annexe 4) :

- 72.4% des femmes interrogées pratiquent des sports de remise en forme dans le cadre du sport facultatif dispensé par les universités, les Hautes écoles pédagogiques ou les écoles post-obligatoires,
- 23.3% pratiquent dans une salle de fitness privée,
- 12.1% pratiquent dans un club sportif ou une association,
- 10.8% pratiquent ce type de sport dans un autre cadre (seul, entre amis, à l'extérieur, dans le village, à l'école club Migros, à la maison, avec la wii-fit, etc.).

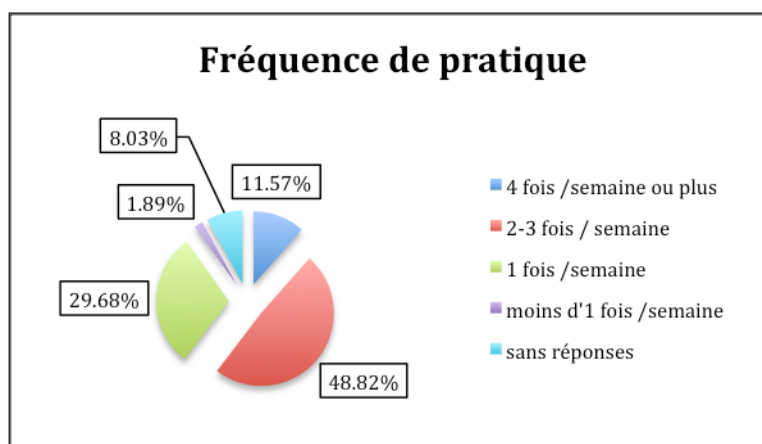
1.1.3. Quantité de pratique des sports de remise en forme

En moyenne, les femmes interrogées pratiquent 3 heures de sport de remise en forme par semaine (ET=2.0) (annexe 5a).

Au total (tous sports confondus), elles pratiquent en moyenne 6 heures de sport par semaine (ET=4.3) (annexe 5b).

1.1.4. Fréquence de pratique des sports de remise en forme

La fréquence de pratique des sports de remise en forme des femmes interrogées est illustrée dans le graphique 1 ci-dessous (annexe 6) :



Graphique 1: Fréquence de pratique des sports de remise en forme (n= 1270)

1.2. Indice de troubles alimentaires chez les pratiquantes de sports de remise en forme (résultats statistiques issus des questionnaires)

Points clés : Le score moyen à l'échelle de l'EAT-26 (indicateur de TCA) est de 7.6 (ET=9.4) (annexe 7). Il n'est donc pas révélateur de troubles alimentaires. Toutefois, la proportion de femmes pratiquant des sports de remise en forme qui sont à risque dans le développement des troubles alimentaires (score à l'EAT-26 ≥ 20) est de 10.3%. L'IMC moyen de notre échantillon (n=1254) se trouve dans la norme : 21.3 (ET=2.7). Les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) sont plus fréquents chez les femmes qui ont un poids soit trop faible, soit trop élevé par rapport à leur taille ($F(2,1245)=11.38$, $p=0.001$). L'usage des méthodes pour perdre du poids (régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques et coupe-faim) est relié aux troubles alimentaires. Il en est de même pour la durée d'utilisation de ces méthodes : plus les filles souffrent de TCA et plus

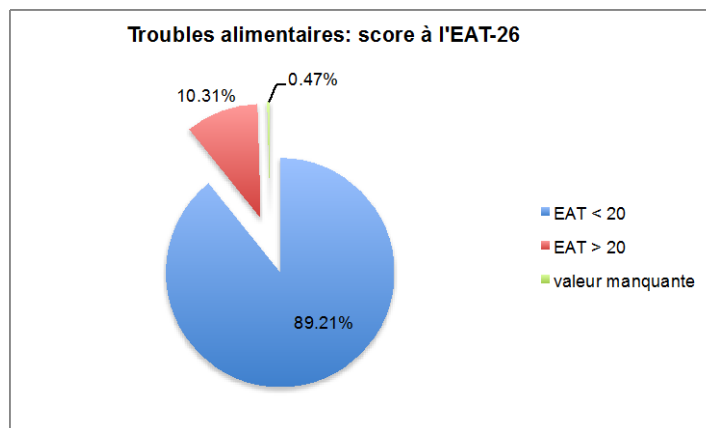
elles utilisent intensément et depuis longtemps des méthodes de perte de poids.

1.2.1. Eating attitude test-26 (EAT-26)

NB théorique :

L'Eating Attitude Test (EAT-26) est un test qui donne des indications sur les troubles alimentaires d'une personne, bien que ce test, à lui seul, ne permet pas de diagnostiquer avec certitude un trouble alimentaire avéré. Il est considéré que plus le score à l'EAT-26 est élevé et plus les risques de développer des troubles alimentaires sont élevés chez cette personne. De plus, un score supérieur ou égal à 20 est un indice de troubles alimentaires chez cette personne.

Pour l'ensemble de l'échantillon (n=1264), le score moyen à l'échelle de l'EAT-26 est de 7.6 (ET=9.4) (annexe 7). Il n'est donc pas révélateur de troubles alimentaires. Toutefois, la proportion de femmes pratiquant des sports de remise en forme qui sont à risque dans le développement des troubles alimentaires (score à l'EAT-26 ≥ 20) est de 10.3% comme indiqué dans le graphique 2 suivant (annexe 8) :



Graphique 2 : Répartition de notre échantillon (n=1264) selon leur score à l'EAT-26

L'échantillon de femmes qui sont à risques de développer des troubles alimentaires (10.3%) se décompose en deux catégories comme suit selon le score à l'EAT-26 :

- 80 femmes (6.3%) ont un score compris entre 20 et 30 ($20 \leq \text{score à l'EAT-26} \leq 30$),
- 51 femmes (4.0%) ont un score à l'EAT-26 supérieur à 30 (score à l'EAT-26 > 30).

1.2.2. Indice de masse corporelle (IMC)

NB théorique :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'IMC est une mesure qui se base sur la masse corporelle et la taille d'un individu pour obtenir le poids de santé idéal. Il se calcule de la manière suivante : $\text{masse (kg)} / \text{taille (m)}^2$. Il permet de donner une indication quant à la santé physique d'une personne. Lorsque l'IMC se situe dans une échelle de 18.5 à 24.9, le poids corporel est considéré comme normal. En dessous de 18.5, il est question d'insuffisance pondérale, voire de maigreur sévère en dessous de 16.5. À l'inverse, dès 25, on parle de surpoids voire même d'obésité, à partir de 30. Il faut toutefois rester prudent dans l'utilisation de cette échelle de mesure car elle ne donne aucune précision sur la masse grasseuse et musculaire de la personne, ce qui peut

biaisier certaines interprétations de résultats notamment chez les sportif(ve)s.

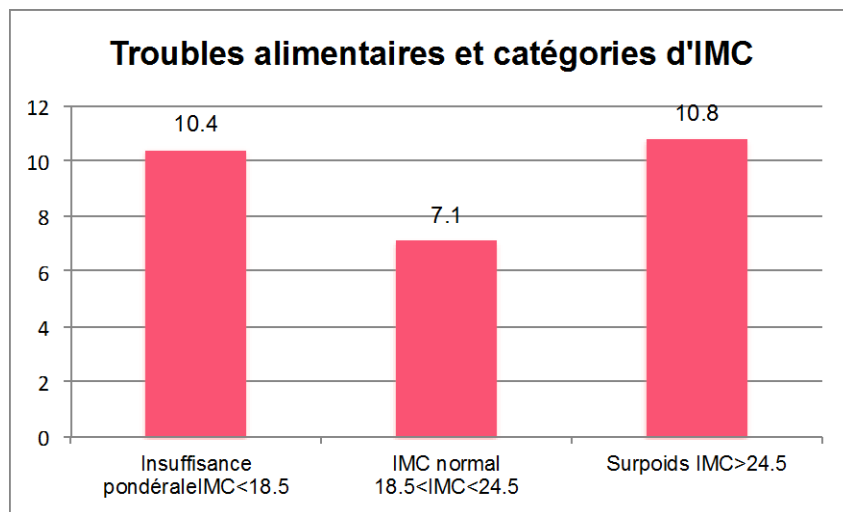
L'indice de masse corporelle moyen pour notre échantillon (n=1264) est de 21.3 (ET=2.7) (annexe 9). Il est donc dans la norme. Les femmes de notre échantillon se répartissent dans les catégories suivantes selon leur IMC (annexe 10) :

- 8.1% sont en insuffisance pondérale (IMC < 18.5) dont 0.2% (n=3) souffrent de maigreur sévère (IMC < 16.5),
- 83.7% sont dans les valeurs dites « normales » ($18.5 < \text{IMC} < 25$),
- 6.9% sont en surpoids (IMC ≥ 25).

- Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) :

Un lien significatif mais faible est observable entre le score à l'EAT-26 et l'IMC ($r(1248) = 0.11$, $p < 0.001$) (annexe 11) : globalement, plus les femmes ont un poids corporel élevé par rapport à leur taille, plus elles ont des troubles alimentaires.

De manière plus précise, lorsqu'on compare les filles qui ont un IMC dans les valeurs dites « normales » ($18.5 \leq \text{IMC} < 25$), en surpoids ($\text{IMC} \geq 25$) ou en dénutrition ($\text{IMC} < 18.5$) des différences significatives émergent entre les trois groupes (annexe 12) :



Graphique 3 : Score à l'EAT-26 dans les catégories d'IMC de notre échantillon (n=1248)

Les femmes qui ont un IMC dans les valeurs dites « normales » ($18.5 \leq \text{IMC} < 25$) ont un score à l'EAT-26 significativement plus faible ($M=7.1$, $ET=8.7$) que les femmes en insuffisance pondérale ($M=10.4$, $ET=13.9$) ou les femmes en surpoids ($M=10.8$, $ET=9.8$). Ainsi les troubles alimentaires sont plus fréquents chez les femmes qui ont un poids soit trop faible, soit trop élevé par rapport à leur taille ($F(2,1245)=11.38$, $p=0.001$).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score $\text{EAT} \geq 20$) sont (annexe 13) :

- plus nombreuses à être en insuffisance pondérale que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (15.4% contre 7.4% d'entre elles),
- plus nombreuses à être en surpoids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (10.0% contre 6.7%),
- et par contre moins nombreuses à avoir un indice de masse corporelle dans les valeurs dites « normales » (74.6% contre 85.9%).

➔ Les troubles alimentaires concernent surtout les femmes en insuffisance pondérale et en surpoids.

1.2.3. Méthodes de perte de poids

NB méthodologique :

Dans le questionnaire, différentes méthodes pour perdre du poids ont été prises en compte telles que les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués, les laxatifs, les diurétiques et les coupe-faim. La pratique sportive fera l'objet d'un chapitre ultérieur.

Ces méthodes constituent un troisième indicateur à côté de l'EAT-26 et l'IMC pour mesurer les troubles alimentaires chez les femmes de notre échantillon.

1.2.3.1. Méthodes pour perdre du poids les plus utilisées

Les méthodes les plus fréquemment utilisées par ces jeunes femmes pour perdre du poids sont (dans l'ordre d'importance) (annexe 14) :

- les régimes (44.8% des femmes utilisent cette méthode),
- les jeûnes (7.3%),
- les vomissements provoqués (6.1%),
- les coupe-faim (5.8%),
- les laxatifs (4.7%),
- les diurétiques (3.5%).

➔ Lien entre les méthodes de perte de poids et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) :

Plus les femmes ont des troubles alimentaires (ont un score élevé à l'EAT-26), plus elles utilisent des méthodes compensatoires pour perdre du poids (régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs et coupe-faim) (annexe 15).

D'ailleurs, les femmes atteintes de troubles alimentaires (score $\text{EAT} \geq 20$) utilisent plus fréquemment ces différentes méthodes pour perdre du poids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires. Toutes les différences sont significatives (annexe 16).

1.2.3.2. Durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids

Les méthodes pour perdre du poids utilisées depuis le plus longtemps par les femmes interrogées sont les suivantes (dans l'ordre d'importance) (annexe 17) :

- les régimes sont utilisés depuis plus d'un an par 26.6% des femmes interrogées,
- les jeûnes depuis plus d'un an par 3.5%,
- les vomissements provoqués depuis plus d'un an par 3.2%,
- les laxatifs et les coupe-faim depuis plus d'un an par 1.6%,
- les diurétiques depuis plus d'un an par 0.6%.

- *Lien entre la fréquence d'utilisation des méthodes de perte de poids et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Comme pour la fréquence d'utilisation de ces méthodes, plus les femmes ont des troubles alimentaires (score élevé à l'EAT-26), plus elles utilisent depuis longtemps des méthodes compensatoires pour perdre du poids (annexe 18).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT $\geq$ 20) utilisent depuis plus longtemps ces différentes méthodes pour perdre du poids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (score EAT < 20) (annexe 19).

➔ L'usage des méthodes pour perdre du poids (régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques et coupe-faim) est relié aux troubles alimentaires. Il en est de même pour la durée d'utilisation de ces méthodes : plus les filles souffrent de TCA et plus elles utilisent intensément et depuis plus longtemps des méthodes de perte de poids.

- *Lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et les méthodes utilisées pour perdre du poids*

Le lien entre l'IMC et la fréquence d'utilisation des méthodes de perte de poids est significatif pour certaines méthodes (annexe 20a) : plus l'IMC est élevé, plus la fréquence d'utilisation des régimes, des diurétiques et des coupe-faim est importante.

Concernant la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids, un seul lien est significatif : plus l'IMC est élevé, plus la durée d'utilisation des régimes est longue ($r(1195)=0.19$, $p<0.001$) (annexe 20b).

En comparant les femmes appartenant aux trois groupes d'IMC (insuffisance pondérale, valeurs dites « normales » et surpoids), il est observé des différences significatives uniquement pour la fréquence et la durée d'utilisation des régimes (annexe 21) :

- les femmes en surpoids utilisent plus fréquemment les régimes que les femmes en insuffisance pondérale ($p<0.001$) ou de poids

dans les valeurs dites « normales » ($p<0.001$) ($F(1220)=11.47$, $p<0.001$),

- les femmes en surpoids utilisent depuis plus longtemps les régimes que les femmes en insuffisance pondérale ($p<0.001$) et celles de poids dans les valeurs dites « normales » ($p=0.002$) ; ces dernières utilisent également depuis plus longtemps les régimes que les femmes en insuffisance pondérale ($p=0.015$) ($F(1192)=8.15$, $p=0.01$).

➔ L'analyse des méthodes de perte de poids utilisées par les interviewées montre que les personnes interrogées utilisent principalement des régimes et le sport pour maigrir. Les laxatifs, diurétiques, vomissements provoqués, coupe-faim et pilules amaigrissantes ne constituent pas des techniques de perte de poids employées par les femmes non atteintes de troubles alimentaires. A l'inverse, elles sont connues des femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires :

- les vomissements provoqués ont été utilisés par la majorité des femmes interrogées ayant (ou ayant eu) des TCA ($n=15$). Il s'agit même, selon certaines, de la méthode la plus efficace pour maintenir son poids ou en perdre puisque toute la nourriture est régurgitée tout de suite après le repas. Les séquelles évoquées sont toutefois considérables : rétrécissement des gencives, dents cassées ou qui se déchaussent, inflammations du tube digestif, etc.,
- les laxatifs ont aussi été employés par ces femmes ($n=9$), notamment certaines qui ont avoué préférer cette méthode aux vomissements décrits comme plus contraignants et difficiles. Les séquelles rapportées sont également sans équivoques : maux de ventre terribles, déshydratation, et même des calculs rénaux pour l'une d'entre elles,
- les diurétiques ont peu été utilisés ($n=3$), ceci certainement parce qu'il s'agit d'une méthode favorisant la perte d'eau. La perte de poids est donc immédiate mais temporaire et non sur le long terme,
- les pilules amaigrissantes et les coupe-faim ont également été essayés. Néanmoins, la plupart des femmes ont expliqué que ces deux méthodes n'étaient pas efficaces et elles ont rapidement arrêté leur prise,
- les jeûnes ont été testés par les femmes atteintes ou non de troubles alimentaires : les femmes sans troubles alimentaires ($n=4$) ont fait des jeûnes « de santé » dans le but de se purger et d'éliminer les toxines du corps. Les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires ont usé du jeûne comme moyen radical pour maigrir. En fait, le jeûne s'est souvent installé à la fin du processus de restriction alimentaire menant à la restriction totale. L'extrait d'entretien à Sandra est représentatif :

« - As tu déjà utilisé des laxatifs ?

- Oui, j'ai essayé les laxatifs.

- Longtemps ?
- Non, non pas longtemps. Les diurétiques je n'aime pas.
- D'accord tu as essayé aussi [les diurétiques] ?
- J'ai fait les lavements. Mais je pense que c'était vraiment au début. Et après non.
- Et les laxatifs, pourquoi tu as arrêté ? Ca te faisait mal au ventre ?
- Ah non, ça me faisait juste bizarre et pis tu vas toujours aux toilettes.
- D'accord. Donc t'aimais mieux te faire vomir ?
- Je prenais le thé qui fait
- Qui est diurétique ?
- Non c'était vraiment pour aller aux toilettes. J'ai même essayé les pilules pour maigrir. Mais ça n'a rien fait.
- Les coupe-faim ?
- Coupe-faim rien. C'était juste... La meilleure chose, c'était les vomissements.
- Les vomissements, ça ça marchait ? (rire)
- Moi j'ai eu vomi ... (rire)

1.2.4. Régimes alimentaires (végétarien – végétalien)

Sur les 1270 femmes interrogées (annexe 22) :

- 104 (8.2%) sont végétariennes,
 - 15 (1.2%) sont végétaliennes (régime végétarien sans apport ni de lait, ni d'œuf),
 - 1126 (88.7%) sont ni l'un, ni l'autre.
- *Lien entre les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) et le fait d'être végétar(i)enne*
- Il existe un lien significatif entre le fait d'être végétalienne et les troubles alimentaires. Les femmes végétaliennes ont un score à l'EAT-26 beaucoup plus élevé (15) que les femmes végétariennes (9) et les femmes qui sont ni végétariennes, ni végétaliennes (7.3) ($F(2,1242)=6.36, p=0.0018$) (annexe 23).
- Les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus souvent végétaliennes ou végétariennes que celles qui n'ont pas de troubles alimentaires ($\chi^2(1245)=5.86, p=0.05$) (annexe 24a) :
- 3.1% des femmes ayant des TCA sont végétaliennes contre 0.9% des femmes sans TCA,
 - 10.9% des femmes ayant de TCA sont végétariennes contre 8% des femmes sans TCA.
- ➔ Le fait d'être végétalienne est fortement relié aux troubles alimentaires.

1.3 Lien entre les troubles alimentaires et la pratique des sports de remise en forme

Points clés : Des liens existent entre les sports de remise en forme et les troubles alimentaires. Nos résultats issus des questionnaires et des entretiens ont montré que :

- les troubles alimentaires se développent dans la période de l'adolescence, voire de la post adolescence,
- la prévalence des troubles alimentaires est plus élevée dans les salles de fitness privées que dans d'autres lieux (sport facultatif universitaire, association ou club sportif, etc.) ($t(1241)=3.54$, $p<0.001$) (annexe 29b),
- les femmes atteintes de troubles alimentaires se dirigent prioritairement vers les sports de remise en forme les plus coûteux en termes de dépense énergétique (cours collectifs cardio-vasculaires des salles de fitness, mais surtout la course à pied, le vélo ou la natation),
- la quantité et la fréquence de pratique de sports de remise en forme sont généralement augmentées chez les femmes qui sont en phase de restriction alimentaire. La pratique sportive et l'activité physique deviennent des moyens supplémentaires pour perdre du poids et exercer un contrôle sur soi,
- chez les femmes pratiquant des sports de remise en forme, les troubles alimentaires sont associés à la dépendance au sport, aux troubles osseux (fracture, ostéoporose) et aux dérèglements menstruels.

1.3.1 Liens entre l'âge de début de la pratique des sports de remise en forme et les troubles alimentaires

L'âge de début de la pratique des sports de remise en forme n'est pas relié aux troubles alimentaires ($p=0.23$) (annexe 25).

Toutefois, l'analyse des entretiens a montré que la genèse et le développement des troubles alimentaires (de type anorexiques ou boulimiques) se développent durant l'adolescence, voire la post adolescence. Chez les femmes interviewées, l'âge d'apparition des troubles alimentaires s'étale de 12.5 à 24 ans.

➔ Les troubles alimentaires se développent dans la période de l'adolescence, voire de la post adolescence.

1.3.2. Lien entre le type de sport de remise en forme et les troubles alimentaires

L'analyse des questionnaires a montré que les femmes pratiquant des cours cardio-vasculaires (aérobie, step, etc.) tendent à avoir plus de troubles alimentaires (score à l'EAT-26 plus élevé) que les femmes ne pratiquant pas ce type de sport ($t(1240)=1.75$, $p=0.08$) (annexe 26). Ces résultats confirment que les femmes à tendance anorexique s'orientent plutôt vers des pratiques coûteuses en termes de dépense

énergétique telles que le step ou l'aérobie par exemple. D'ailleurs, les femmes effectuant des cours cardio-vasculaires font plus fréquemment et depuis plus longtemps des régimes pour perdre du poids (fréquence : $t(1215)=2.06$, $p=0.03$, durée : $t(1188)=2.39$, $p=0.01$) (annexe 27). Aussi, elles utilisent depuis plus longtemps des coupe-faim afin de perdre du poids ($t(1175)=2.12$, $p=0.03$) (annexe 27).

Toutefois, aucune différence significative dans le type de sport de remise en forme pratiqué n'est observée entre les femmes qui ont des troubles alimentaires (EAT-26 ≥ 20) et celles qui n'en ont pas ($\chi^2(1270)=0.8$, $p=0.36$) (annexe 26). Aussi, aucune différence significative n'existe entre les femmes qui pratiquent des cours de renforcement musculaire ou harmonisation de la posture ($p=0.63$) ou d'autres types de cours (course à pieds, parcours vita, aquagym, natation, danse, vélo, randonnées, etc.) ($p=0.98$) (annexe 28).

Cependant, l'analyse des entretiens a montré que les sports les plus fréquemment utilisés dans les troubles alimentaires concernent plutôt les activités endurantes à effectuer librement comme la course à pied ou la natation et non les cours collectifs de remise en forme des salles de fitness tels que le discofit, le spinning ou l'aérobie, etc. Bien que certaines femmes atteintes de troubles anorexiques aient pratiqué ce genre de cours collectifs, plusieurs ont relevé des contraintes liées à ces sports de remise en forme :

- ils sont proposés seulement à certains horaires qui ne correspondent pas toujours à la disponibilité des femmes,
- certaines trouvent que les cours collectifs ne permettent pas de se dépenser suffisamment et ne répondent donc pas à leurs besoins,
- elles disent préférer les activités à effectuer de manière autonome et peuvent ainsi gérer leur temps et leur intensité de pratique,
- elles n'aiment pas se voir dans les miroirs et évitent donc les salles de remise en forme.

Fanny exprime ainsi son usage du sport focalisé par le contrôle :

« Justement, et c'est bizarre, mais je préfère les sports individuels où je peux vraiment me pousser, me punir si nécessaire. Contrôler, vraiment contrôler, ça c'est le bon mot. »

Sara apprécie l'autonomie que lui procure le sport de remise en forme :

- « - (...) Qu'est ce qui te plaît actuellement dans le sport de remise en forme ?
- Alors j'aime bien le fait de pouvoir être totalement autonome, de choisir exactement... Je vais toujours toute seule parce que je n'aime pas trop discuter quand je fais ça car je suis concentrée. Et de pouvoir faire aussi autant que je veux.
- Et les sports collectifs ?
- Alors ça j'aimais bien aussi parce que justement j'allais plus avec des copains, le côté un peu social. Par contre,

j'ai l'impression que du côté sportif c'était peut-être un peu moins poussé, plus décontracté.

- Donc, tu aimais mieux finalement aller dans la salle toute seule où tu te fais 1 heure de vélo ?
- Ben je serais pas contre de reprendre un cours, mais toujours au moins faire en parallèle *[un autre sport endurant]* au moins 1 fois par semaine. »

Ainsi, elles expliquent se diriger vers d'autres sports endurants libres (comme les machines cardio de fitness, la course à pied, la natation ou le vélo) en complément ou pas aux cours collectifs de remise en forme. La course à pied ressort comme l'activité la plus pratiquée par les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles anorexiques, même si elles couplent souvent plusieurs pratiques sportives endurantes ou d'autres activités physiques qui permettent de brûler des graisses².

Les femmes interrogées non atteintes de troubles alimentaires pratiquent tous types de sports et pas seulement des sports endurants (comme c'est le cas chez les femmes atteintes de troubles alimentaires).

➔ Les femmes atteintes de troubles alimentaires se dirigent vers les sports de remise en forme les plus coûteux en termes de dépense énergétique : les cours collectifs cardio-vasculaires des salles de fitness, mais surtout les sports endurants libres tels que la course à pied, le vélo ou la natation.

1.3.3. Lien entre le lieu de pratique des sports de remise en forme et les troubles alimentaires

Les femmes interrogées par questionnaire pratiquant des sports de remise en forme dans les salles de fitness privées ont plus de troubles alimentaires (score à l'EAT-26 plus élevé) que les autres qui pratiquent dans d'autres lieux ($t(1241)=3.54$, $p<0.001$) (annexe 29b). D'ailleurs, les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) tendent à pratiquer leurs sports de remise en forme davantage en salles privées : 12.2% des femmes inscrites dans les salles de fitness privées ont des troubles alimentaires, contre 9% chez les femmes qui ne sont pas inscrites dans une salle de fitness privée ($\chi^2(1243)=2.68$, $p=0.10$) (annexe 29b).

A l'inverse, les femmes qui pratiquent des sports de remise dans le cadre du sport facultatif (universitaire, des hautes écoles ou des écoles post-obligatoires) ont moins de troubles alimentaires (score à l'EAT-26 moins élevé) que les autres ($t(1241)=-4.11$, $p<0.001$) (annexe 29a). Les femmes ayant des troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) sont plus nombreuses à pratiquer leurs sports de remise en forme en dehors du cadre universitaire : 8.5% des femmes pratiquant des sports de remise en forme dans les cours facultatifs proposés par les universités, hautes écoles ou écoles post-obligatoires ont des

troubles alimentaires contre 13% chez les femmes qui ne pratiquent pas leurs sports de remise en forme dans ces lieux ($\chi^2(1243)=5.55$, $p=0.018$) (annexe 29b).

Par ailleurs, aucune différence n'est observable concernant les troubles alimentaires (score à l'EAT-26) pour les femmes qui pratiquent les sports de remise en forme dans une association / club sportif ($p=0.28$) ou dans un autre cadre (seul, entre amis, à l'extérieur, dans le village, à l'école club Migros, à la maison, wii-fit...) (annexe 29b).

➔ La prévalence des troubles alimentaires est plus élevée dans les salles de fitness privées que dans d'autres lieux (sport facultatif universitaire, association ou club sportif, etc.).

1.3.4 Lien entre le type de trouble alimentaire et la pratique sportive

Dans cette étude, il est important de bien différencier l'utilisation du sport selon les types de troubles alimentaires (boulimique ou anorexique).

La pratique sportive prend toute son importance prioritairement chez les femmes qui ont des troubles anorexiques ou lorsqu'elles sont en phase de restriction alimentaire de type anorexique. Ces femmes veulent à tous prix perdre du poids et vont utiliser le sport à cette fin en complément aux restrictions alimentaires et/ou d'autres méthodes de perte de poids (laxatifs, vomissements provoqués, diurétiques, etc.). D'ailleurs, le début des troubles anorexiques s'accompagne pratiquement toujours d'une intensification de la pratique sportive.

Les femmes boulimiques ou qui sont en phase boulimique racontent pratiquer rarement du sport notamment parce qu'elles se sentent souvent trop grosses pour bouger et/ou à cause de leurs fréquentes crises de boulimie. D'ailleurs, si elles se font vomir ou usent de laxatifs, elles estiment parfois que ces méthodes suffisent pour éliminer la nourriture ingérée. En fait, elles relâchent le contrôle qu'elles exercent sur elles-mêmes et arrêtent voire abandonnent la pratique sportive.

Il est important de souligner que beaucoup de femmes anorexiques de type restrictif deviennent, après un certain temps, boulimiques et alternent des phases anorexiques caractérisées notamment par une intense pratique sportive pour perdre du poids et des phases de boulimie sans aucune activité physique, caractéristique d'un relâchement du contrôle de soi.

L'extrait d'entretien à Antonia illustre bien cela :

« - Alors moi, ça a commencé assez tôt. Ça a commencé vers l'âge de 14-15 ans. J'ai commencé la course à pied. Je faisais des courses pour m'amuser en fait. Et là, je voyais que je perdais du poids donc ça j'adorais.

- (...)

- Voilà je m'entraînais une à deux fois par semaine, bon là c'était très léger, une à deux fois par semaine une demi heure, ¾ d'heure. Et là, j'ai vu que j'avais vite perdu du poids avec la course à pied. Je ne mangeais plus rien,

² Ce point est détaillé dans le chapitre 1.3.5.5. *lien entre activités physiques et troubles anorexiques*

j'avais des mauvaises notes à l'école, ça descendait, et je sentais que j'avais du pouvoir justement sur ça donc j'adorais. Alors j'ai continué jusqu'au jour où j'ai atteint le poids de 45 kilos.

- (...)
 - Et là en 6 mois j'ai perdu 18 kilos. En 6 mois. Je faisais de la course à pied, alors là je faisais 70 km par semaine. Donc c'était environ une heure par jour. (...) J'avais encore aussi le fait de boire, parce qu'à chaque fois que je remontaï sur la balance, ben l'eau c'est quand même assez lourd.
 - Donc tu ne buvais plus non plus ?
 - Je ne buvais presque plus. Si ce n'est dire très peu. J'ai tenu jusqu'au mois de novembre. 11 mois. Je faisais des courses à pied, j'avais de très bons résultats entre parenthèses, j'étais assez contente. Et puis là, je ne sais pas ce qui s'est passé, j'ai eu une fracture de fatigue et deux tendinites sur un pied. Donc là, mon corps était fatigué en fait. Le pied gauche était complètement fracturé, des micro-fractures. Donc, j'ai dû me calmer.
 - Arrêter le sport ?
 - J'ai dû arrêter le sport et puis il fallait quand même que je mange, j'avais quand même faim.
 - Tu avais faim ?
 - J'avais quand même faim oui, je n'arrivais plus à me contrôler, tout mon univers se cassait la figure en fait. Et puis là, j'ai commencé à faire des poussées de boutons, une allergie au lactose. Je ne sais pas ce qui s'est passé.
 - Tu n'avais pas avant ?
 - Je n'avais jamais eu. J'étais très très malheureuse et j'ai repris 30 kilos. Je suis montée jusqu'à 77 kilos.
 - Donc là un peu boulimie ?
 - Oui, boulimie, et la bêtise que j'ai faite c'est que j'ai commencé les laxatifs. Donc j'allais jusqu'à 30 laxatifs par jour, donc c'était l'enfer. L'enfer. Et puis il fallait cacher ça, c'était difficile, après je n'arrivais plus à cacher alors je vomissais, je me levais la nuit, je ne dormais plus. Après le travail, c'était difficile parce que je passais mes journées aux WC. (...) J'ai fait une dépression. Là franchement c'était vraiment difficile, j'étais quelqu'un d'autre.
 - (...)
 - Donc depuis que tu as commencé les crises de boulimie tu ne faisais plus de sport ?
 - Voilà. Je devais aller à la poste, je prenais ma voiture. Non, non, rien du tout. »

L'extrait d'entretien de Justine est représentatif de l'alternance des phases et de ses conséquences sur la pratique du sport :

- « - Tu faisais combien [d'heures de sport] pendant ta période anorexique ?
 - Je pense que j'en faisais bien 3 à 4 heures par semaine.
 - Et après ça a évolué dans quel sens ?
 - Ça a diminué. Bon après je faisais des périodes d'anorexie et des périodes de boulimie donc après j'ai arrêté complètement, je n'en faisais plus du tout, du tout. »

➔ Généralement, la pratique sportive est :

- augmentée chez les femmes qui sont en phase d'anorexie. La pratique sportive est un moyen supplémentaire pour perdre du poids et exercer un contrôle sur soi.
- diminuée voire arrêtée chez les femmes qui sont en phase de boulimie, ce qui est caractéristique d'un relâchement sur le contrôle de soi.

1.3.5. Lien entre les troubles alimentaires et l'intensification de la pratique sportive

NB méthodologique :

L'intensification de la pratique sportive a été mesurée à l'aide de trois variables intégrées dans le questionnaire :

- la quantité de pratique sportive qui correspond au nombre d'heure de pratique effectué par la personne interrogée,
- la fréquence de pratique sportive qui concerne le nombre de séance d'entraînement réalisé par semaine,
- l'EDS-R (the « Exercise Dependence Scale Revised ») qui est une échelle de mesure validée évaluant la dépendance à l'exercice physique.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens menés auprès des femmes ayant ou pas des troubles alimentaires a permis de compléter et d'affiner les résultats statistiques obtenus.

1.3.5.1. Quantité et fréquence de pratique sportive (tous sports confondus)

Concernant la pratique sportive en général, plus les femmes pratiquent des heures de sport (tous sports confondus) et plus elles ont des troubles alimentaires (un score élevé à l'EAT-26) ($r(565)=0.09$, $p=0.03$) (annexe 30a). D'ailleurs, en considérant la quantité de sport total (tous sports confondus), plus les femmes pratiquent des heures de sport et plus elles utilisent fréquemment des jeûnes ($r(553)=0.1$, $p=0.02$) ainsi que des coupe-faim ($r(556)=0.14$, $p=0.001$) et usent depuis plus longtemps des coupe-faim ($r(531)=0.12$, $p=0.007$) (annexe 30c).

Par contre les femmes qui ont des troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) ne pratiquent pas plus fréquemment du sport (hors sports de remise en forme) ($M=6.6$, $ET=4.1$) que les femmes qui n'en ont pas ($M=5.9$, $ET=4.3$) ($F(563)=1.7$, $p=0.2$) (annexe 30b).

➔ La quantité de pratique sportive (tous sports confondus) est une technique mobilisée par les femmes atteintes de troubles alimentaires pour perdre du poids. A l'inverse, la fréquence de pratique sportive (tous sports confondus) ne l'est pas.

1.3.5.2. Quantité et fréquence de pratique des sports de remise en forme

Plus les femmes pratiquent des heures de sports de remise en forme par semaine et plus elles ont des troubles alimentaires (un score élevé à l'EAT-26) ($r(1165)=0.016$, $p<0.001$) (annexe 31a). Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) pratiquent significativement plus d'heures de sports de remise en forme par semaine que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (3h50 contre 2h55) ($t(1163)=-4.55$, $p<0.001$) (annexe 31b). Aussi, plus les femmes pratiquent un grand nombre d'heures de sports de remise en forme dans la semaine et plus elles utilisent intensément et depuis plus longtemps des méthodes pour perdre du poids (régimes, jeûnes, laxatifs, diurétiques et coupe-faim).

Elles utilisent également depuis plus longtemps les régimes, les jeûnes, les laxatifs et les coupe-faim (annexe 32b).

De la même manière, plus les femmes pratiquent fréquemment des sports de remise en forme, plus elles ont des troubles alimentaires (un score élevé à l'EAT-26) ($r(1162)=0.17$, $p<0.001$) (annexe 31c). Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) pratiquent plus fréquemment des sports de remise en forme ($M=1.9$) que les femmes non atteintes de troubles alimentaires ($M=2.3$) ($t(1160)=4.67$, $p<0.001$) (annexe 31d).

On observe des différences significatives entre les filles souffrant ou non de TCA concernant la fréquence de pratique des sports de remise en forme. Les filles souffrant de TCA pratiquent les sports de remise en forme de manière plus fréquente (annexe 31e, $\chi^2(1162)=22.48$, $p=.00005$) :

- 21.05% pratiquent plus de 4 fois par semaine contre 11.55% des filles qui ne souffrent pas de TCA,
- 63.16% pratiquent 2 à 3 fois par semaine contre 52.10% des filles sans TCA,
- 14.91% pratiquent seulement une fois par semaine contre 34.16% des filles sans TCA,
- 0.88% pratiquent moins d'une fois par semaine contre 2.19% des filles sans TCA.

La fréquence de pratique des sports de remise en forme va de pair avec la fréquence d'usage des régimes et des laxatifs ; en outre, plus cette pratique est fréquente plus ces femmes utilisent depuis longtemps les laxatifs pour perdre du poids (annexe 32a).

➔ La quantité et la fréquence de pratique des sports de remise en forme sont plus importantes chez les femmes atteintes de troubles alimentaires.

1.3.5.3. Dépendance à l'exercice physique

NB théorique :

Selon Hausenblas et Giacobbi (2004), la dépendance à l'exercice physique est décrite comme « un besoin intense d'exercice qui aboutit à une pratique physique extrême et génère des symptômes physiologiques et/ou psychologiques » (Kern 2007). Ces auteurs proposent un ancrage de la dépendance à l'exercice physique dans la pathologie de la dépendance classifiée par le DSM-IV-TR (American-Psychiatric-Association 1994). Sur la base de cette classification, ces auteurs considèrent que la dépendance à l'exercice physique est une pathologie comportementale de la même manière que l'addiction au jeu, au sexe ou à la nourriture.

La dépendance à l'exercice physique est associée au risque de développer des troubles alimentaires ($r(1263)=0.31$, $p<0.001$) (annexe 33a). D'ailleurs, les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus dépendantes à l'exercice physique que les femmes non atteintes de troubles alimentaires ($t(1261)=-8.78$, $p<0.001$). Les résultats sont significatifs pour l'ensemble des sous échelles de l'EDS-R (annexe 33b).

Aussi, plus les femmes sont dépendantes à l'exercice physique et plus elles utilisent des méthodes de perte

de poids telles que les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués, les diurétiques et les coupe-faim (annexe 33c). Parallèlement, en ce qui concerne la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids, plus les femmes sont dépendantes à l'exercice physique et plus elles utilisent depuis longtemps les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués, les laxatifs, les diurétiques et les coupe-faim (annexe 33c).

La majorité des femmes a développé une dépendance au sport en parallèle à l'avènement de leurs troubles anorexiques. Parfois même, l'intensification de la pratique sportive a précédé la prise de conscience du trouble. D'ailleurs, l'augmentation de la quantité de pratique sportive peut être un indicateur à prendre en compte si des doutes s'installent concernant des troubles anorexiques éventuels chez une fille. En effet, elles font un régime, voire ne mangent plus rien, mais surtout augmentent leur dépense énergétique, notamment par la pratique de sport endurant. Les propos de Julie l'illustrent :

- « - Du jogging ouais. Mais ouais au début c'était vraiment, c'était juste avant un été, dans le but de perdre un peu de poids.
- C'est à quel âge ?
- C'était il y a deux ans, j'avais 17 ans.
- Donc là, tu voulais perdre un peu de poids et t'as commencé à courir ?
- Ouais.
- Donc tu courais combien de fois un peu près ?
- J'ai commencé lentement, enfin vraiment c'était bien contrôlé au début, et c'est vrai que j'ai perdu un peu le pied.
- D'accord donc c'est-à-dire ?
- Après j'allais, à la fin j'allais tous les jours courir 40 minutes en fait.
- Tous les jours, il ne fallait pas que tu loupes ton entraînement sinon ça n'allait pas ?
- Ouais. »

Parfois de manière inverse, l'intensification de la pratique sportive se fait alors que le trouble alimentaire est déjà bien installé. Comme le souligne Margaux :

- « - J'avais tendance à en prendre un petit peu [*de poids*], c'est vrai. En ce début d'internat, j'avais du monter à 56 ou 57 kg. Et puis, bon ben du coup, j'ai appris à contrôler mon poids, j'ai appris à me faire vomir. J'ai appris... J'ai eu cette euphorie du régime. Enfin voilà. Et puis quand j'ai repris le sport, ça a continué et puis je n'ai pas réussi à ...
- À remanger normalement ?
- Non. Je mangeais même de moins en moins. A un moment je ne me faisais plus vomir et je mangeais plus qu'une pomme et un yaourt par jour et je continuais à faire mon sport. »

Dans tous les cas, c'est la perte de poids qui est recherchée et amène les femmes à développer une pratique physique excessive de façon à brûler le plus de calories possible. Elles développent une dépendance au sport où la pratique est instrumentalisée sans qu'elles éprouvent aucun plaisir. Cette dimension addictive est commune avec l'hyperactivité (physique ou intellectuelle) caractéristique de l'anorexie mentale. En effet, la

dépendance au sport répond au besoin d'hyperactivité physique et mental des personnes souffrant de troubles anorexiques. L'entretien de Léa est représentatif de cela :

- « - Et puis ensuite à 16 ans, je suis tombée malade et là le sport est devenu plus un plaisir, mais une dépendance. J'en suis venue, comme pour la nourriture, à calculer le nombre d'heures, le nombre de calories perdues, c'était une compétition entre moi et moi, mais je n'avais plus du tout la même motivation qu'avant. Avant c'était un truc parmi d'autres, je n'y réfléchissais même pas, ça faisait partie de mon programme de vie. Après c'était un truc... il fallait que.
- Et ça, ça a été progressif ce basculement ?
- (...)
- D'un coup. D'un coup j'ai senti que le sport prenait une autre dimension. Parce que moi j'aimais le sport (...). Alors dès que la maladie s'est installée, c'est devenu... Il pleuvait j'y allais, il y avait de l'orage j'y allais, c'était devenu.... Ce n'étais plus normal quoi.
- Et donc ça, quand la maladie s'est déclarée, tu faisais quels sports ?
- Beaucoup de course à pied.
- (...)
- C'était combien de temps ? T'avais une limite ?
- Non aucune limite, jusqu'à ce que je tombe.
- Tombée évanouie, d'épuisement ?
- Non je ne suis jamais tombée d'épuisement, mais je n'avais pas de limites. Mais je faisais toujours des sports d'endurance pour perdre du poids. En plus je les connaissais ces sports, donc ça ne me posait pas beaucoup de problèmes. Mais là, ce n'est pas tellement le sport qui a changé, c'est mon rapport au sport qui a changé.
- Donc finalement, en jogging tu dis que tu n'avais pas de limite, tu pouvais courir combien de temps ?
- C'est difficile à dire, parce que maintenant j'ai 38 ans donc ça me paraît vachement loin. Mais je me souviens que je m'imposais des... « Aujourd'hui tu vas courir 2h » ou « aujourd'hui tu vas courir 1h30 », mais coûte que coûte quoi. Si j'avais eu une journée difficile, si je n'avais rien mangé de la journée, s'il y avait des conditions météo pas raisonnables pour le faire, j'y allais quand-même. Je m'imposais une discipline vis-à-vis du sport.
- Ça te satisfaisait, même une fois que tu avais fait dans des conditions exécrables. Tu étais contente après ?
- Oui. J'étais... Si tu veux cela me permettait de me déculpabiliser. Si je n'avais pas été faire du sport, je me sentais coupable de ne pas avoir fait de sport, alors après je me punissais d'une manière ou d'une autre. Je mangeais encore moins que ce que je mangeais d'habitude quoi. Donc le sport c'était ce que j'utilisais pour m'octroyer un peu de nourriture.
- Ça te permettait un peu de plus manger que si tu n'avais pas fait de sport du tout.
- Voilà exactement. Je me disais que le nombre de calories que je pouvais perdre en faisant du sport, je pouvais manger ce nombre de calories. Si je ne faisais pas de sport, je mangeais moins.
- Donc finalement c'était positif pour toi que tu fasses un peu de sport, parce que ça te permettait de manger un petit peu plus.
- Exactement. Je me punissais si je n'avais pas de sport, je me punissais. »

En comparaison, l'engagement dans la pratique sportive n'est pas le même chez les femmes non atteintes de troubles alimentaires. Elles ont une pratique qui reste relativement régulière et ne tombent jamais dans l'excès. Ces femmes s'arrêtent habituellement lorsqu'elles se sentent fatiguées. A l'inverse, les femmes atteintes de troubles alimentaires cherchent souvent à se faire du mal, ne sont pas

sensibles à leur fatigue, repoussent toujours plus loin leurs limites, et augmentent continuellement leur quantité de pratique, jusqu'à l'épuisement total, l'hospitalisation ou la fracture de fatigue.

Toutefois, l'analyse des entretiens nous montre qu'il faut tenir compte de la diversité des cas et rester nuancé quant au lien entre la dépendance à l'exercice physique et les troubles alimentaires. Certes, une augmentation de la pratique sportive, voire le développement d'une dépendance au sport, en parallèle à l'apparition des troubles alimentaires est observable. Mais, il ne s'agit pas d'une généralité. En effet, chez nos interviewées ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires (n=25), 5 nous expliquent ne pas avoir utilisé leur pratique de sport de remise en forme au service de leurs troubles anorexiques. Par exemple, Alicia explique :

- « - Donc tu n'as jamais utilisé le sport durant cette période pour perdre du poids ?
- Non. Non peut-être à 2-3 reprises, quand vraiment j'avais l'impression d'avoir trop mangé, vraiment mal, là j'en faisais, mais ce n'était pas tous les jours.
- (...)
- Donc toi en fait tu n'as pas utilisé la pratique sportive pour essayer de perdre du poids.
- Non pas vraiment. Je me sentais tellement faible que...
- Tu n'avais pas la force ?
- Ouais, je n'arrivais rien à faire. C'était plutôt par la privation.
- Essayer de contrôler ta sensation de faim ?
- Ouais. »

➔ La dépendance à l'exercice physique est reliée aux troubles alimentaires. Toutefois, les résultats statistiques ne signifient pas une homogénéité des conduites. L'augmentation de la quantité et de l'intensité de la pratique sportive (vers la dépendance) chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles anorexiques ne semble pas être systématique.

1.3.5.4. Lien entre l'activité physique et les troubles alimentaires

Comme évoqué précédemment, il faut également ajouter à ces pratiques sportives toutes les dépenses énergétiques d'activités de la vie quotidienne. Les femmes atteintes de troubles anorexiques ne perdent pas une occasion pour bouger, dépenser des calories. Tout est fait dans le but de maigrir : marcher au lieu de prendre les transports en commun, se déplacer toujours en courant même dans l'appartement, ne jamais s'asseoir même pour manger, faire en permanence ses abdos ou ses fessiers (en lisant sur une chaise ou sur son lit allongé), etc. Ainsi, toutes les activités physiques se transforment en occasion de calculer les calories perdues, souvent de façon obsessionnelle. Elles développent de cette façon une disposition à la quantification systématique des calories ingérées ou perdues. C'est pourquoi dans cette logique, le sport et les activités de la vie quotidienne deviennent un moyen comme un autre

pour perdre du poids. C'est le cas de Céline qui pense son quotidien par le filtre de la dépense énergétique :

« Mais, c'est dans le quotidien aussi. J'sais qu'on va pas considérer ça comme du sport, et moi je le considère pas comme du sport, mais par exemple, de me déplacer à vélo ou d'aller marcher à pied. Quand faut descendre les poubelles, c'est pas mon copain qui va y aller ! Je lui dis : ahhhh j'vais y aller!!! Et hop, ça fait 3 escaliers. Je calcule encore énormément par rapport à ça. Et que la dépense, elle est plus là [que dans la pratique sportive]. »

Léa explique comment elle pense ses activités par la perte de calories :

- Et autre que les sports, tu te déplaçais toujours à pied, des trucs comme ça, ou tu montais les escaliers au lieu des ascenseurs ?
- Oui, toujours. Tout ce qui pouvait faire perdre des calories, parce que ce n'est pas tellement le sport, c'était vraiment le calcul de dire : ça, ça va pouvoir me faire perdre des calories, donc je vais le faire comme ça. Donc oui les escaliers dans les magasins, tous les trajets par exemple si le parking est tout près du magasin, je me parquais le plus loin possible pour faire le trajet à pied. C'était des choses...
- Tout était calculé en fonction de la perte de calorie ?
- Ouais, c'est que ça. La perte de calories, ça c'est vraiment le mot clé. Et il suffisait que je lise un article, que justement passer l'aspirateur ou taper à la machine, ... C'était des trucs, ça devenait complètement compulsif quoi.
- Voilà, t'essayais de toujours bouger, tu n'aimais pas rester assise sur une chaise des choses comme ça ?
- Ça m'angoissait, parce que là j'étais confrontée à moi-même. Pis alors dès que j'étais assise je commençais à calculer. C'était difficile. Je ruminais.
- Là cette importance du sport, c'était devenu maladif ?
- Complètement. »

Juliane mobilise la course pour ne pas perdre de temps et se dépenser :

- Alors c'est quoi que tu fais quand tu ne fais pas de sport ?
- Ben on habite un appartement et voilà, d'habitude ça me fait chier par exemple de marcher dans l'appartement, je trouve que c'est une perte de temps, donc je cours tout le temps.
- (...)
- Mais c'est grand ?
- Ben non pas tellement, c'est pour ça que voilà... Au bout d'un moment on a vite fait le tour. Mais c'est vrai que ouais, je trouve que marcher ça ne va pas assez vite. Mais c'est vrai que j'aime bien marcher. Par exemple en ville, je marche je ne vais pas courir, mais dans l'appartement je trouve ça carrément chiant quoi.
- Et est-ce que tu fais le ménage, des choses pour te dépenser un peu ? Tu montes l'escalier au lieu de l'ascenseur ?
- Oui. »

Laurence utilise la contraction musculaire comme source de dépense :

- « ... comme je te disais, soit tu portes plus, soit tu fais trois fois plus, soit tu serres sans arrêt tes muscles du ventre, il y a toujours un truc. Tous tes gestes tu les fais trois fois. Donc finalement ton activité c'est dix fois plus encore. Je ne peux pas calculer parce que dans tous tes petits mouvements du jour... tous tes mouvements du jour il y avait un truc de ça.
- Tu t'asseyais rarement ?
- Mais non, mais tu t'assois mais tu te tiens droite et tu serres les muscles du ventre. Et je sais que même quand je lisais sur mon lit, j'étais toujours à plat ventre et je faisais les muscles, je serrais les fesses, tout le temps, il y a toujours un truc.
- Tu ne restais jamais tranquille, sauf quand tu dormais.

- Ouais. Il y avait toujours un truc. Et ça devient naturel, c'est ça qui est terrible quoi. »

1.3.5.5. Lien entre la pratique sportive, les troubles alimentaires et la santé physique

L'association d'une pratique sportive intensive avec un comportement alimentaire de type anorexique (et/ou boulimique) n'est pas sans conséquence pour le corps. En rapport avec la pratique sportive, il est possible de faire référence à la triade de l'athlète (Portmann, Giusti, 2009) qui, comme son nom l'indique, est composée de trois pathologies distinctes : le trouble alimentaire, l'aménorrhée et l'ostéoporose. En fait, le déficit énergétique dû à la restriction alimentaire et/ou la pratique sportive intensive intervient comme cause directe dans la dégradation du métabolisme osseux ainsi que dans la cessation des menstruations.

1.3.5.5.1. Troubles menstruels, aménorrhées et troubles alimentaires

Au total, 41.9% des femmes interrogées par questionnaire rapportent avoir souffert de troubles menstruels dans le passé. 16.5% en souffrent actuellement (au moment de la récolte des données). Il faut noter que 65.6% sont actuellement sous contraceptif hormonal. Ainsi, ces filles ne souffrent pas de troubles menstruels à cause des règles artificielles provoquées par le contraceptif hormonal. Par ailleurs, 21.6% des femmes interrogées par questionnaire disent avoir souffert d'aménorrhée c'est-à-dire d'un retard de règle de plus de trois mois (indice de troubles alimentaires) actuellement ou dans le passé (annexe 34).

- *Lien entre les troubles alimentaires (score à l'EAT-26), les troubles menstruels et l'aménorrhée*

Les femmes qui disent souffrir (ou avoir souffert) d'aménorrhée (troubles menstruels de plus de 3 mois) ont un score à l'EAT-26 significativement plus élevé que les femmes qui n'ont pas eu d'aménorrhée (8.9 contre 7.1) ($t(1139)=2.62, p=0.0088$) (annexe 35). Toutefois, aucune différence significative n'est observable entre les filles ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires ($EAT-26 \geq 20$) et celles n'en n'ayant jamais eu ($p=0.12$) (annexe 36). D'ailleurs, sans prendre en compte les femmes sous contraceptif hormonal, les résultats sont encore moins significatifs ($p=0.45$). Ainsi, qu'elles prennent un moyen de contraception ou pas, les femmes qui ont (ou ont eu) des TCA ne sont pas plus nombreuses à avoir été aménorrhée que les femmes non atteintes TCA (annexe 37).

- *Lien entre les méthodes utilisées pour perdre du poids et l'aménorrhée*

Les femmes qui souffrent d'aménorrhée utilisent plus fréquemment des laxatifs ($t(1126)=2.21, p=0.03$) et des coupe-faim ($t(1125)=2.06, p=0.04$) (annexe 38).

➔ On observe un lien entre les troubles alimentaires et les dérèglements menstruels chez les pratiquantes de sports de remise en forme. D'ailleurs, la majorité des femmes interviewées ayant (ou ayant eu) des troubles anorexiques (n=16), explique avoir eu une ou plusieurs périodes d'aménorrhée allant de 3 mois jusqu'à 12 ans. La plupart a précisé que la cessation des menstruations était en lien avec leur phase de restriction alimentaire et/ou leur pratique sportive intensive.

1.3.5.5.2. Densité osseuse, ostéoporose, fractures de fatigue et troubles alimentaires

Chez les femmes pratiquant des sports de remise en forme interrogées par questionnaire (annexe 39) :

- 2.0% disent souffrir en ce moment de fracture de fatigue (au moment de la récolte des données),
- 12.3% disent avoir souffert dans le passé de fracture de fatigue,
- et 1.7% expliquent que leur médecin leur a diagnostiqué une faible densité osseuse, voire des problèmes d'ostéoporose.

- *Lien entre les troubles alimentaires (score à l'EAT-26), les problèmes de fractures de fatigue et de faible densité osseuse*

Les femmes interrogées par questionnaire qui déclarent avoir une fracture de fatigue actuellement (au moment de la récolte des données) ont un score à l'EAT-26 significativement plus élevé que celles qui disent ne jamais en avoir eu ($t(1225)=3.46$, $p=0.0005$). Il en est de même concernant les femmes qui ont eu une fracture de fatigue dans le passé ($t(1249)=4.38$, $p=0.000013$) ou un diagnostic médical de faible densité osseuse ($t(1251)=3.28$, $p=0.0011$) (annexe 40).

Au total, les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus nombreuses que les femmes n'ayant jamais eu de troubles alimentaires à :

- souffrir de fracture(s) de fatigue en ce moment (au moment de la récolte des données) (6.3% contre 1.6%) ($\chi^2(1227)=12.89$, $p=0.00033$) (annexe 41),
- avoir souffert de fracture(s) de fatigue dans le passé (24.0% contre 11.1%) ($\chi^2(1251)=17.61$, $p=0.00003$) (annexe 42),
- avoir eu leur médecin qui leur a diagnostiqué une faible densité minérale osseuse, voire des problèmes d'ostéoporose (3.9% contre 1.4%) ($\chi^2(1253)=4.38$, $p=0.04$) (annexe 43). A noter que ce constat peut s'expliquer par un suivi médical plus important et n'est pas nécessairement dû à une différence entre les deux populations.

- *Lien entre les méthodes pour perdre du poids, les problèmes de fractures de fatigue et de faible densité osseuse*

Les femmes qui souffrent de fracture(s) de fatigue en ce moment (au moment de la récolte des données) utilisent plus fréquemment des coupe-faim que celles qui n'ont pas de problèmes osseux en ce moment ($t(1210)=2.52$, $p=0.01$). Une tendance dans ce sens est également observable quant à la fréquence des régimes ($t(1199)=1.77$, $p=0.07$) (annexe 44).

➔ Un lien entre les troubles alimentaires de type anorexiques et les problèmes osseux est observable. D'ailleurs, la majorité des femmes interviewées ayant (ou ayant eu) des troubles anorexiques (=14) déclarent avoir subi des blessures osseuses notamment dans leur période de troubles : fracture(s), fracture(s) de fatigue, voire ostéoporose. Il est à noter que les blessures osseuses chez une adolescente peuvent être un indicateur de troubles anorexiques.

1.4. Les motivations de pratique sportive

Points clés : La motivation de type intrinsèque est peu présente chez les pratiquantes de sports de remise en forme. Seules 7.4% des femmes interrogées par questionnaire pratiquent pour le plaisir que ces sports leur procure. La majorité, avec ou sans troubles alimentaires, a rapporté des motivations extrinsèques :

- la santé (physique, psychique et/ou sociale) qui correspond à la motivation principale des pratiquantes interrogées par questionnaire (64.2%).
- la perte de poids / modification de son apparence corporelle qui concerne également une bonne part de ces femmes (13.8%), ceci d'autant plus que 60.1% de notre échantillon total affirme que la perte de poids est une motivation importante.

Il existe des liens entre les TCA et les motivations de pratique sportive. En effet, plus l'importance de la perte de poids est élevée, plus les TCA (score à l'EAT-26) sont élevés ($r(1165)=0.45$, $p<0.001$) (annexe 48). L'évolution des motivations de pratique diffère entre les femmes ayant ou pas des TCA :

- les femmes ayant (ou ayant eu) des TCA s'engagent dans une pratique de sports de remise en forme suivant différentes logiques en lien avec le poids/l'apparence (une logique d'amaigrissement, de contrôle du corps, ou compensatoire). Leurs motivations de pratique restent soit extrinsèques et sont décrites comme une « obligation », une « dépendance », un « besoin compulsif », soit disparaissent et elles arrêtent leur pratique sportive au profit d'autres méthodes de perte de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, jeûnes, etc.).

- les femmes n'ayant jamais eu de TCA se sont investies dans les sports de remise en forme pour différentes raisons qui ne sont pas forcément en lien avec la perte de poids/l'apparence. Leurs motivations de pratique évoluent souvent vers une motivation intrinsèque.

NB théorique :

La motivation est un processus psychologique complexe (Famose 2001). Pour donner du sens à l'analyse de la motivations des pratiquant(e)s de sports de remise en forme, cette étude s'appuie sur la perspective théorique développée autour du concept d'autodétermination (Cury and Sarrazin 2001). Selon cette approche, il existe 3 types de motivation qui incitent l'individu à agir : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation (Maugendre, Spitz et al. 2009).

La motivation intrinsèque se réfère aux individus qui sont motivés à pratiquer une activité pour l'intérêt qu'elle présente en elle-même. L'individu effectue l'activité pour le plaisir et la satisfaction qu'il en retire et non pour les récompenses quelconques qui en découlent (Cury and Sarrazin 2001). Pour Ryan et Deci (1985), « le comportement intrinsèquement motivé est lié au sentiment de contrôle (self-control), d'autodétermination et d'autonomie », ce qui suggère que l'individu se sent libre, agit en accord avec lui-même et aborde donc l'activité avec intérêt et engagement (Cury and Sarrazin 2001).

La motivation extrinsèque correspond à une motivation de pratique déterminée par l'envie de récompense, d'argent, de pression ou tous autres facteurs externes à l'envie de pratiquer pour le plaisir et la satisfaction que l'activité apporte en elle-même (Cury and Sarrazin 2001). En fait, l'individu recherche quelque chose par la pratique de l'activité (Maugendre, Spitz et al. 2009). Selon cette théorie de l'autodétermination, une suppression des récompenses ou autres formes de motivations extrinsèques impliqueraient une baisse de la motivation de pratique. Il est fait référence à une forme contrôlante de motivation lorsque

l'individu s'adonne à une activité sous la pression des récompenses et des échéances obligatoires (Cury and Sarrazin 2001).

Cury et Sarrazin (2001, p.20) expliquent que : « agir de manière autonome ou au contraire contrôlée constitue les deux extrémités d'un continuum de motivation » où la motivation de l'individu se situerait à un point de ce continuum.

Finalement, le 3^{ème} type de motivation correspond à l'amotivation qui désigne l'absence de motivation du pratiquant.

NB méthodologique :

L'étude des motivations de pratique des femmes qui s'adonnent aux sports de remise en forme s'est effectuée en croisant des données quantitatives sur les motivations, recueillies à l'aide du questionnaire, avec des données qualitatives, analysées grâce aux entretiens semi-directifs menés auprès des pratiquantes ayant ou non des troubles alimentaires.

Les données quantitatives : Le questionnaire proposait deux questions relatives aux motivations de pratique. La première est une question fermée à savoir « la perte de poids est-elle une motivation importante dans la pratique de ce sport ? » pour laquelle les pratiquantes ont répondu sur une échelle de Likert en 5 points allant de « pas du tout importante » à « très importante ». La deuxième est une question ouverte qui a permis une liberté de réponse des interviewées. Il s'agit de « quelle est votre motivation principale à pratiquer ce sport ? ». Cette question a donné lieu à une richesse et une diversité de réponses qui ont été catégorisées selon les 3 types de motivations. Les catégories sont les suivantes :

Pour la motivation intrinsèque :

- **Le plaisir :** Il englobe les réponses comme l'amusement, la distraction, l'envie, la libération d'endorphine, la joie, le divertissement, un hobby, la variété, danser, une pratique différente, la connaissance, le sentiment de bonheur, etc.

Pour les motivations extrinsèques :

- **L'apparence et la perte de poids** qui vise le modelage de sa silhouette dans le but de maigrir. Elle comprend les mots ou expressions tels que la perte de poids, la silhouette, maigrir, les formes, les calories, raffermir, tonifier, s'affiner, sculpter, fermeté du corps, compenser la nourriture mangée, etc.

- **La santé** qui vise l'amélioration de sa santé où il est différencié :

- La santé physique qui vise le maintien de la santé physique et l'amélioration des capacités physiques.

Les termes utilisés pour l'amélioration de la santé physique sont : le bien-être physique, la posture, compenser le manque d'activité sportive de la journée, la bonne sensation et perception de son corps, les problèmes de dos, la stimulation de la circulation sanguine, rester en bonne santé, la vitalité, la forme, faire quelque chose de bien, la mobilité, se dépenser, bouger, faire du sport, avoir une activité, etc.

Les termes utilisés pour l'amélioration de la condition physique sont : la condition physique, se muscler, le cardio, être fit, la coordination, la souplesse, le fitness, l'efficacité, le mouvement, le 1/2 marathon, etc.

- La santé mentale qui vise un apport au niveau psychologique, une modification de son état psychologique vers la détente et la relaxation. Les expressions classifiées dans la santé mentale sont : se changer les idées, déstresser, le bien-être psychologique, la détente, le moral, se déconnecter, se sentir libérée dans sa tête, etc.

- La santé sociale et le bien-être social qui vise des apports au niveau social. Elle englobe les mots comme le groupe, les amitiés, le professeur, la musique, les contacts sociaux, etc.

- La santé globale qui vise une amélioration de la santé physique et mentale. Elle englobe les termes tels que le bien-être, se sentir bien, faire quelque chose de bien, être bien, se sentir mieux, etc.

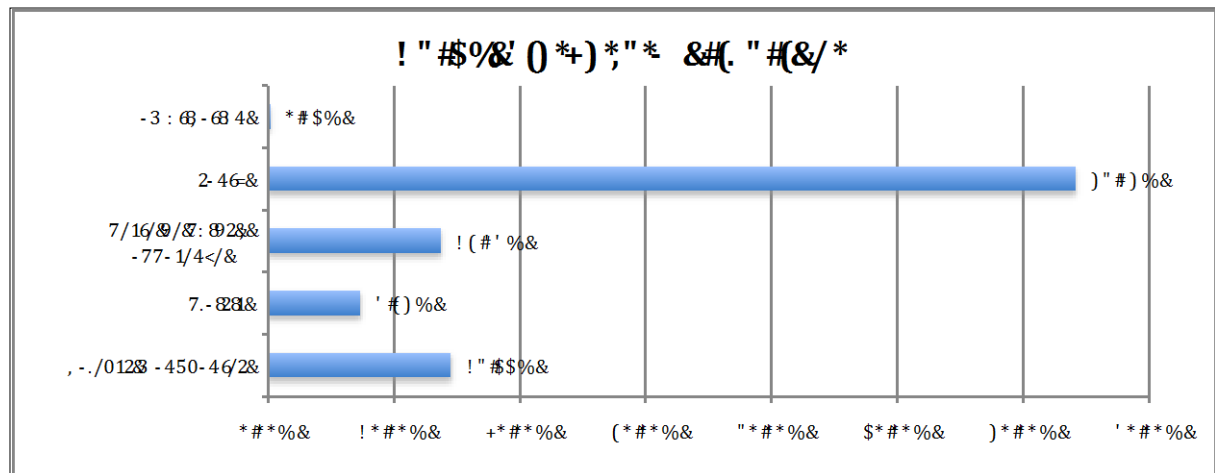
Pour l'amotivation :

- Il s'agit des filles non motivées ou peu motivées par la pratique de sport de remise en forme.

Les données qualitatives : correspondent aux entretiens semi-directifs effectués auprès de 40 pratiquantes : 25 ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires et 15 sans déviance alimentaire. Ces entretiens ont permis d'approfondir les analyses quantitatives en donnant du sens aux résultats statistiques. De plus, ils ont permis de comprendre les processus d'engagement dans la pratique de sport de remise en forme pour les femmes avec et sans troubles alimentaires.

1.4.1. Motivations de pratique des femmes qui s'adonnent aux sports de remise en forme

La principale motivation de pratique des femmes interrogées par questionnaire (n=1278) est illustrée dans le graphique 4 ci-dessous (annexe 45a) :



Graphique 4: Répartition de l'échantillon en fonction des catégories de motivation (n=1278)

1.4.1.1. La motivation intrinsèque : le plaisir de la pratique

La motivation de type intrinsèque est peu présente chez les pratiquantes de sports de remise en forme. En effet, les femmes avec ou sans troubles alimentaires ne se consacrent quasiment jamais à ce sport pour le plaisir que cette activité leur procure (7.4% femmes). Au contraire, elles ont plus souvent des motivations de type extrinsèque qui les poussent à s'engager dans ce type d'activités sportives. Par exemple, le plaisir ressenti par les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires s'est exprimé notamment au travers des effets de la pratique sur leur apparence, leur poids corporel ou leur alimentation et c'est ce qui les a incité à persévérer dans leur pratique.

Céline valorise le plaisir de la dépense :

« - Est ce que tu éprouvais du plaisir à faire du sport ? (...) - C'est difficile de répondre à ça. Le plaisir était focalisé sur la dépense. Ce que j'ai envie de dire c'est que quand je vais courir, j'ai quand même du plaisir ou de la satisfaction d'avoir fait quelque chose. C'était cool. Par exemple au bord du lac, le cadre est magnifique. Alors que le sport dans une salle [de fitness privé]... En fait, je ne crois pas que j'avais du plaisir. Après le cours cardio poste, j'aimais beaucoup. Je l'aimais plus que les autres. Mais les autres je pense que j'y allais par obligation. »

Pour Fabia c'est la balance qui compte :

« - Tu as une piscine devant la gueule, tu nages quoi. - Ce n'est même pas l'amour du sport, c'est plus... ? - Pour maigrir. Sinon j'aime le sport mais... (...) Mais en même temps quand on voit que sur la balance que ça a un effet. L'adrénaline. Plus la balance baisse, plus tu as envie d'en faire. »

Le vélo coupe-faim est un plaisir pour Fanny :

« - Donc en ce moment quand tu fais du sport, tu ne prends pas de plaisir, ou ça te procure quand même du plaisir ? - Bon maintenant je n'en fais pas. (...). Mais quand je faisais une heure de vélo par exemple, oui j'étais euphorique. - Ca te faisait du bien ? - C'était l'euphorie. Et chez moi, ça coupe l'appétit. Donc c'était double, je gagnais deux fois. »

Une attente de métamorphose du corps pour Laurence :

« - Donc tes motivations, au bout d'un moment tu ne prenais plus de plaisir, c'était vraiment une contrainte ? Ou tu as toujours pris du plaisir à faire du sport même quand tu étais anorexique tout ça ? - Mais c'est un peu... Enfin comment dire... Oui il y a une histoire de plaisir mais ce n'est pas un plaisir genre une espèce de truc jouissif, ou : ouais trop cool, enfin je peux respirer ! (...). Mais c'est un truc à fond, où tu ne vois que le but, tu es en compétition. Tu finis tes 40 minutes, tu finis 30 minutes, tu as ton programme dans la tête. - Tu te mettais des objectifs ? - A fond. Et le plaisir il est juste dans... C'est un peu vieux, mais je dirais dans l'espoir de la transformation en fait. - De perdre du poids ? - Franchement, honnêtement, je ne crois pas que je me disais ça. Je remarquais que je perdais, mais... - Mais ce n'était pas ton but recherché ? - Non. - Tu sais le but ? C'était plus se détruire, changer ton image ? - Ouais ça oui. Et le truc... C'est assez marrant... Changer l'image oui, perdre du poids non. Perdre du poids, c'est une fois que j'ai commencé à en perdre que je me suis dit que je pourrais en perdre plus. Mais au début ce n'était pas conscient du tout. »

1.4.1.2. La motivation extrinsèque : santé et perte de poids (apparence)

Comme le montre le graphique 4 ci-dessus, la motivation extrinsèque est dominante chez la majorité des femmes pratiquant des sports de remise en forme. En effet, ce sont des buts de santé (physique, mental ou social) (64.2%), puis de perte de poids et liés à l'apparence (13.8%) qui sont principalement recherchés.

Il n'est pas étonnant que l'amélioration de la santé soit le principal but recherché ou affiché par la majorité des femmes (atteintes ou non de troubles alimentaires) (64.2%). En effet, les pratiquantes de sports de remise en forme sont :

- soit des personnes non-sportives qui s'entraînent pour maintenir leur forme et lutter contre la sédentarité,
- soit des sportives qui utilisent le sport de remise en forme comme un moyen d'améliorer leur condition physique.

Dans les deux cas, ce sont des effets sur la santé ou un imaginaire de santé qui sont recherchés. D'ailleurs, cette motivation de santé n'est pas spécifique au fitness puisque la santé est la première motivation des sportifs et que 96.1% des pratiquants de sport la considèrent comme une motivation importante ou très importante (Lamprecht, Fischer, Stamm, 2008, p. 13). Toutefois, il reste important de signaler que cette recherche s'est effectuée sur la perception des femmes concernant la notion de santé. De ce fait, et comme l'association sport - santé relève beaucoup de représentations du sens commun, il est compréhensible que la santé soit une motivation d'affichage rapportée par la majorité des femmes.

Par ailleurs, concernant notre étude, il est intéressant de préciser que ce type de motivation extrinsèque (la santé) est associé à une pratique sportive plus saine

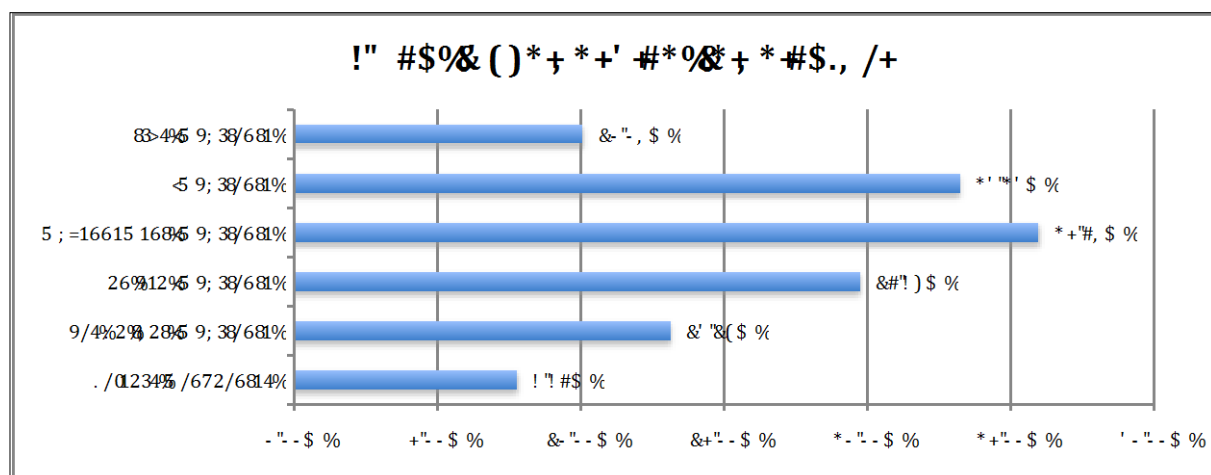
(au sens commun du terme) que la poursuite d'autres types de motivation (plaisir ou perte de poids/lié à l'apparence). En effet, les femmes qui pratiquent les sports de remise en forme pour améliorer leur santé (physique, psychique ou sociale) favorisent donc un entraînement régulier et peu intense caractéristique d'un apport pour la santé. Elles font significativement plus de séquences d'entraînement que celles qui pratiquent pour le plaisir ($p < 0.001$) ou pour perdre du poids ($p < 0.001$) ($F(3,1081)=6.97$, $p < 0.001$) et s'entraînent significativement moins d'heures que les femmes qui pratiquent pour le plaisir ($p < 0.001$) ou pour perdre du poids ($p < 0.001$) ($F(3,1078)=7.92$, $p < 0.001$) (annexe 45b et 46). De plus, elles présentent significativement moins de dépendance à l'exercice physique que celles qui s'entraînent pour le plaisir ($p = 0.02$) (annexe 47).

L'analyse des buts de perte de poids et liés à l'apparence (13.8%) est développée dans le chapitre suivant.

1.4.2. Motivation et troubles alimentaires

1.4.2.1. Importance de la motivation à perdre du poids dans les troubles alimentaires

Bien qu'elle ne ressorte pas comme la motivation principale par la majorité des femmes, la perte de poids est une des motivations importantes des femmes qui s'adonnent aux sports de remise en forme. En effet, comme l'illustre le graphique 5 ci-dessous, 60.1% des femmes interrogées par questionnaire sont motivées par la perte de poids dans la pratique des sports de remise en forme (réponses de « moyennement importante » à « très importante ») :



Graphique 5: Importance de la perte de poids dans la pratique de sports de remise en forme

Les données issues des entretiens vont dans ce sens. Les femmes interrogées, qu'elles aient ou non des troubles alimentaires, se représentent les sports de remise en forme comme une activité permettant de

modeler leur corps, l'affiner, le sculpter, voire même maigrir.

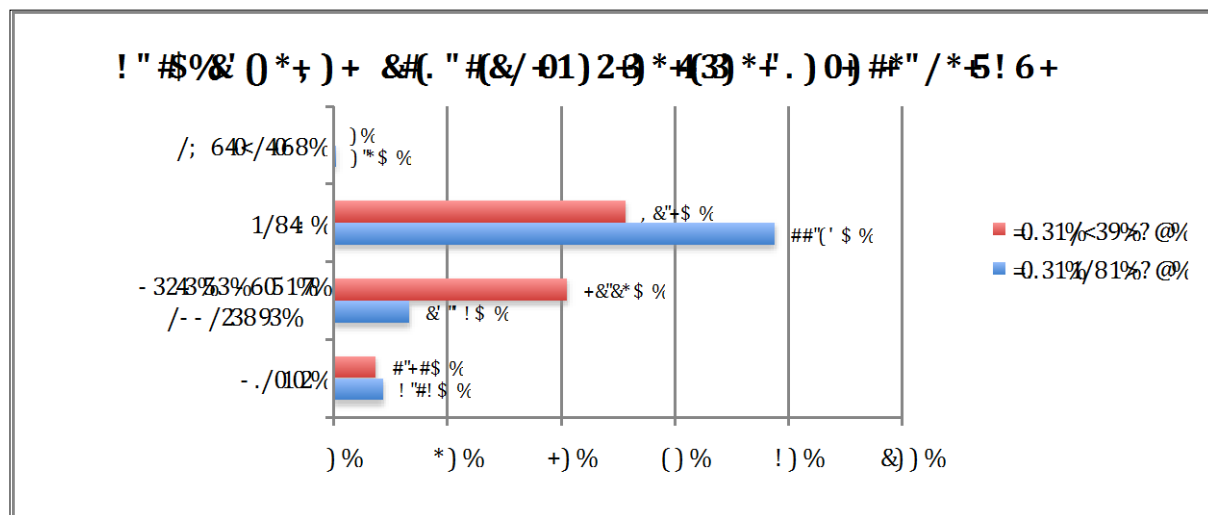
L'exemple de Michelle (femme n'ayant jamais eu de troubles alimentaires) l'illustre :

- « Sinon tu trouves ta silhouette assez harmonieuse ? Tu n'as pas des parties que tu trouves trop grosses ? D'autres trop fines ?
- Idéalement... Ouais je me dis, ça tient la route. Il y a quand même une cohérence dans le tout. Après si je pouvais gommer un peu mes hanches, un peu mon ventre, voilà c'est clair que voilà. Après dans un sport comme ça [cours collectif de cuisse-abdos-fessiers] c'est clair qu'on y pense et qu'on se dit... Avant... Enfin, par rapport à la capoeira, c'est quelque chose à laquelle je ne pensais pas forcément. Mais après, quand tu vas à un cours d'aérobic ou d'abdos-fessiers, forcément on mise là-dessus donc il y a un enjeu. On se dit bon ben ok il y a un moyen de gagner par rapport à ça.
- Donc ça t'incite plus à penser à ça, à faire du sport pour ton physique, pour perdre du poids ou pour garder la forme ?
- Ouais.
- C'est pas ça qui t'a poussé... ?
- Non c'est pas ça l'objectif. C'est un bonus.
- C'est plus pour te dépenser ?
- Voilà.
- Finalement ça vient avec la pratique ?
- Ouais. »

L'exemple de Laure (femme ayant eu des TCA) est représentatif de cet usage du sport pour travailler son apparence :

- « - Tu connaissais ce sport [*le kick-boxing*] ? Comment tu t'es mise là-dedans ?
- Pas du tout alors. J'ai tapé sur internet et j'ai regardé un peu ce que c'était ce kick-boxing. J'avais une amie d'école qui en avait fait et je trouvais qu'elle avait une belle silhouette. Je m'étais dit pourquoi pas. Je me suis un peu renseignée sur internet sur ce que c'était comme sport et je me suis dit que ça avait l'air pas mal. »

Le type de motivation des pratiquantes de sport de remise en forme est donc essentiellement extrinsèque et relatif à la perte de poids / la modification de son apparence corporelle. Cependant des différences très nettes existent entre les femmes atteintes ou non de troubles alimentaires :



Graphique 6: Répartition des femmes avec et sans TCA dans les différentes catégories de la motivation (n=1086)

Sur ce graphique 6, deux grandes motivations de pratique se dégagent chez les femmes ayant des troubles alimentaires (score EAT-26 $\geq$ 20) : la santé (51.4%) et la perte de poids (41.1%). Or, une motivation de pratique principale émerge chez les femmes non atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 < 20) : la santé. Le plaisir est peu présent chez les femmes avec ou sans troubles alimentaires. Ainsi, chez les femmes sans troubles alimentaires, comme chez celles qui en ont, la motivation de pratique la plus importante concerne la santé, suivie de près par la recherche de perte de poids pour les femmes ayant des troubles alimentaires (41.1%) (cf. graphique 6).

La santé comme motivation extrinsèque principale des femmes qui présentent des troubles alimentaires s'explique pour deux raisons.

La première raison est que les femmes ayant des troubles alimentaires ne sont souvent pas conscientes de leur déviance, ceci en tout cas dans un premier temps où elles sont dans un déni du trouble. En effet, elles pensent et affirment souvent qu'elles font juste

attention à elles pour une meilleure santé, « une meilleure hygiène de vie » (*Ana*). Aussi, il s'agit simplement de faire attention à leur apparence et leur corps par le contrôle de l'alimentation et la pratique sportive afin de ne pas se « laisser aller » et grossir. C'est leur propre perception de la santé alors qu'elles ont déjà des pratiques (alimentaires et sportives) déviantes. Un des récits de femme ayant eu des troubles alimentaires (*Joëlle*) nous a expliqué avoir d'abord développé une obsession des comportements sains et bons pour la santé (une forme d'orthorexie) avant de tomber dans l'engrenage de la boulimie-anorexie.

Joëlle explique :

- « - Oui. Alors quand j'ai commencé à faire ça [la course à pied] sérieusement pour moi vers 14-15 ans, c'était plutôt un souci de santé, de me dire : je fais ça parce que c'est bien. Et après je suis vite tombée dans l'engrenage compétitif, et alors quand je suis passée dans l'engrenage compétitif, c'est plutôt devenu un besoin. (...)

- Est-ce que tu as eu des motivations liées à la perte de poids, ou des choses comme ça, en faisant du sport, ou ça a toujours été derrière ?
- Aussi au début quand j'ai commencé, vers 14-15 ans comme j'ai dit j'ai commencé ça pour...
- Niveau santé ?
- Voilà niveau santé, ouais c'est aussi un peu à ce moment là que je me suis dit... En fait, j'ai commencé un peu à ce moment là à regarder ce que je mangeais. (...) Sur le moment, moi ça m'a paru comme tout à la fois, j'ai augmenté mon niveau de sport, je me suis intéressée à l'alimentation. »

La deuxième raison est que les femmes veulent souvent, dans un premier temps, remplacer leurs tissus adipeux par un corps plus « fit » et plus musclé, et ont donc évoqué des motivations de pratique relatives à l'amélioration de leur santé conçue comme un élément de l'apparence comme c'est le cas pour Sara :

- « - Et perdre un peu les zones que tu trouves trop grosses ?
- Tonifier surtout. Je sais pas mais en tout cas que ça soit plus tonique. »

Par ailleurs, tous nos résultats montrent l'importance de la motivation à perdre du poids / modeler son apparence dans les troubles alimentaires. Les analyses statistiques ont montré plus de comportements déviants face à la nourriture chez les personnes dont la perte de poids est une des motivations principales à la pratique des sports de remise en forme. En effet :

- plus l'importance de la perte de poids est élevée, plus les troubles alimentaires (le score à l'EAT-26) sont élevés ($t(1165)=0.45$, $p<0.001$) (annexe 48). Les motivations de pratique diffèrent entre les femmes qui ont des troubles alimentaires et celles qui n'en ont pas ($\chi^2(3,1086)=55.31$, $p=0.001$) (annexe 49). Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) sont davantage motivées par la perte de poids dans les sports de remise en forme que les femmes qui n'en ont pas ($t(1163)=-10.82$, $p<0.001$) (annexe 50). Dans le même sens, il a été observé que les femmes pratiquant pour la perte de poids ont plus de troubles alimentaires ($M=13.27$, $ET=7.97$) que celles qui s'entraînent pour le plaisir ($M=6.17$, $ET=7.98$) ($p<0.001$) et pour la santé ($M=6.31$, $ET=7.7$) ($p<0.001$) (annexe 51),
- plus les femmes sont motivées à perdre du poids dans la pratique des sports de remise en forme et plus elles utilisent fréquemment et depuis longtemps des méthodes afin de perdre du poids : régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, coupe-faim ($p<0.001$) (annexe 52 pour plus de précisions),
- les femmes qui s'adonnent aux sports de remise en forme pour perdre du poids utilisent significativement plus et depuis plus longtemps certaines méthodes compensatoires (régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques ou coupe-faim) que les femmes dont les motivations de pratique sont différentes (annexe 53 et 54 pour plus de précisions).

Ainsi toutes les variables mesurées dans le questionnaire montrent que les femmes qui ont des troubles alimentaires s'engagent davantage dans les sports de remise en forme pour perdre du poids/modifier leur apparence physique. Par ailleurs, il faut noter que cette motivation de pratique est reliée à d'autres facteurs psychologiques et sociaux qui interviennent de manière directe ou indirecte sur l'émergence des troubles alimentaires :

- **Une plus importante insatisfaction sur le poids et l'image du corps**

Les femmes dont la motivation de pratique principale est la perte de poids/la modification de l'apparence corporelle sont plus obsédées et insatisfaites de leur apparence corporelle que les femmes dont les motivations sont autres. Elles présentent :

- une différence entre leur poids idéal et leur poids actuel significativement plus élevée ($M=3.55$, $ET=3.15$) que les femmes qui pratiquent pour le plaisir ($M=1.96$, $ET=4.26$) ($p<0.001$) et pour la santé ($M=1.88$, $ET=1.96$) ($p<0.001$), ceci alors que la majorité d'entre elles ont un IMC dans la norme reconnue (annexe 55),
- une fréquence de pesées significativement plus élevée ($M=2.78$, $ET=1.03$) que les femmes qui pratiquent pour le plaisir ($M=3.16$, $ET=0.96$) ($p<0.002$) et la santé ($M=3.22$, $ET=0.9$) ($p<0.001$) (annexe 56),
- une insatisfaction corporelle significativement plus élevée ($M=27.60$, $ET=8.61$) que les femmes dont les motivations sont le plaisir ($M=19.73$, $ET=8.64$) ($p<0.001$) et la santé ($M=20.53$, $ET=7.79$) ($p<0.001$) (annexe 57).

Ces différences s'observent également dans les discours des femmes interrogées. Les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires sont obsédées par leur apparence physique. Leur but principal est de perdre du poids. Cette obsession de la perte de poids ne se retrouve pas chez les femmes non atteintes de troubles alimentaires.³

- **Une perception plus grande des incitations normatives à perdre du poids**

Il existe un lien significatif entre l'importance de la motivation à perdre du poids et les influences sociales ressenties pour maigrir. En effet, plus les influences ressenties par la famille, les entraîneurs/coachs, les amis (sportifs et non sportifs) et les médias sont importants ($p<0.001$), plus la motivation à perdre du poids est importante (annexe 58a).

Les femmes qui s'entraînent dans le but de perdre du poids/modifier leur apparence corporelle perçoivent

³ Des extraits d'entretien l'illustrent dans le chapitre 2.2.3.2. *Rapport obsessionnel au corps.*

davantage de pressions pour perdre du poids (annexe 58b) :

- de leur famille ($F(7,1071)=7.19$ $p<0.001$), des amis en dehors du milieu sportif ($F(7,1069)=5.14$, $p<0.001$) et des médias ($F(7,1079)=9.21$, $p<0.001$) que les femmes qui pratiquent ce sport pour d'autres raisons,
- de l'entraîneur/coach que les femmes qui pratiquent pour le plaisir ($p<0.001$), la santé physique ($p=0.02$), la santé globale ($p<0.001$) et le bien-être social ($p=0.03$) ($F(7,1067)=2.24$, $p=0.03$),
- des amis du milieu sportif que les femmes qui s'entraînent pour le plaisir ($p<0.001$), la santé physique ($p<0.001$) et la santé globale ($p<0.001$) ($F(7,1069)=3.72$, $p<0.001$).

Ces différences s'observent également dans les discours des femmes interrogées. Les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires sont plus influencées par l'environnement que les femmes non atteintes de troubles alimentaires.⁴

• La dépendance à la pratique sportive

Les résultats statistiques indiquent que les femmes motivées par la perte de poids ne développent pas de dépendance à la pratique sportive. En effet, le nombre d'heures de pratique, le nombre de séquences d'entraînement par semaine ainsi que la dépendance à l'exercice des femmes qui veulent maigrir ne sont pas supérieurs aux autres femmes dont les motivations de pratique diffèrent (annexe 45, 46 et 47).

Toutefois, l'étude du parcours sportif des femmes interviewées montre que dans certains cas, les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires ont développé des comportements déviants (voire pathologiques) face à leur pratique sportive. L'hyperactivité, qui correspond à une des caractéristiques des troubles alimentaires se manifeste par une augmentation du nombre, de la quantité et l'intensité de la pratique sportive. Course à pied, cours collectifs de remise en forme, machines cardio-vasculaires, toutes ces activités sont devenues indispensables et nécessaires pour certaines femmes dans le processus d'amaigrissement engrangé par les troubles alimentaires.

1.4.2.2. Évolution des motivations de pratique

L'analyse des entretiens montre des différences importantes concernant l'évolution des motivations à s'engager dans les sports de remise en forme entre les femmes ayant ou non des troubles alimentaires.

1.4.2.2.1. Motivation à commencer la pratique des sports de remise en forme

• Les femmes ayant ou ayant eu des TCA : diversité des logiques d'engagement en lien avec le poids/l'apparence

La majorité des femmes présentant des troubles alimentaires explique que la motivation principale à s'orienter vers le sport de remise en forme et commencer cette pratique concerne l'envie de modifier son apparence corporelle et de perdre du poids. La « remise en forme » est choisie volontairement dans le but de se « tonifier » et surtout perdre du poids. La motivation prédominante est en lien avec l'apparence physique et aucun plaisir n'est ressenti dans la pratique de l'activité. Au travers du discours des interviewées, trois logiques d'engagement dans la pratique du sport de remise en forme qui peuvent être inter-reliées chez certaines femmes se dégagent :

1. « Une logique d'amaigrissement » : le sport permet de perdre du poids encore plus, en complément des régimes ou d'autres méthodes comme l'illustrent les extraits d'entretiens suivants :

Laurence :

- « - Ben, le gros truc où tu ne peux plus dire que c'est bon, où tu peux dire que ça s'est déclaré, c'est 15 ans et demi, c'est clair, parce que là j'ai nettement volontairement perdu des kilos.
- Fait du sport pour perdre ?
 - Exactement.
 - Parce qu'avant tu faisais du sport...
 - Avant [durant l'enfance et avant les TCA] c'était pour le plaisir. »

Fabia :

- « - Donc tu as utilisé quoi comme méthodes pour perdre du poids ?
- Surtout le sport. Parce que les vomissements... Des fois j'ai... Je ne dis pas que ça ne m'est jamais arrivé de vomir mes plats, ça m'était arrivé même une fois en Angleterre, mais j'ai des limites quand même. »

Juliane :

- « Je faisais surtout du sport pour maigrir, c'était surtout ça. Et en fait ouais, j'adore être la meilleure. Et c'était vraiment très poussé. Donc là ça va mieux, j'arrive mieux à profiter. »

Sara :

- « - Ça a toujours été ces motivations ? Ou plus petites ça a été d'autres motivations qui t'ont poussée à faire du sport ?
- Ouais c'était assez différent. Je pense que plus petite, ce n'était pas du tout le côté santé ou remise en forme, c'était plus le côté où je m'amusais. J'adorais ça, surtout la danse, j'ai toujours beaucoup aimé. Et puis après, je suis passée par pas mal de stades ! Par exemple, quand j'étais au Canada et que j'en faisais 3 fois par semaine, j'avais envie de perdre du poids, je me sentais pas bien dans mon corps ! J'avais vraiment envie de changer les choses. Et puis, c'était trop et puis j'ai arrêté. Je pense que j'ai trop fait. »

Sandrine :

- Pendant cette période c'était vraiment pour perdre les kilocalories que tu avais ingérées ?
- Oui, alors que je ne mangeais rien. »

⁴ Des extraits d'entretien l'illustrent dans le chapitre 2.1.4. *Des normes sociales et familiales.*

Aurélie :

« - C'est quoi qui te motive [dans les cours collectifs de remise en forme] ?

C'était surtout la perte de poids à la base. Et puis ensuite, c'est plus devenu pour me remettre en forme, être un peu plus tonique ».

2. «Une logique de contrôle du corps » : les sports de remise en forme permettent de repousser ses propres limites, de lutter contre soi-même, sa fatigue et d'aller toujours plus loin comme pour Justine qui a le sentiment d'avoir une prise sur son corps par le sport :

« - Et donc durant ta maladie tu l'utilisais pour te faire du bien ? C'était dans cette optique ?

- C'était plutôt le côté endurance, plutôt repousser les limites, voir jusqu'où j'allais, la maîtrise de soi. (...). Vu que je maîtrisais déjà mon estomac, l'alimentation et tout, en fait c'était une maîtrise supplémentaire. (...)

- Tu n'as pas utilisé le sport pour maigrir ?

- Non.

- C'était une composante de la maladie pour contrôler ton corps.

- Exactement. C'est arrivé plus ou moins au milieu, j'ai chuté au niveau du poids et là j'ai commencé à faire du sport quand j'avais vraiment un poids bas et quand j'ai commencé à aller mieux, mais avec des périodes vraiment soit rien soit tout, et là de nouveau je l'ai arrêté. Donc je l'ai vraiment eu au moment où j'avais l'impression à ce moment là de maîtriser au mieux mon corps. »

Antonia souhaite dominer son corps et son esprit :

« - Voilà. Et cette envie de dominer en fait, de dominer mon esprit et mon corps, c'est ça.

- Ça te faisait vraiment un grand plaisir cette sensation de domination que tu avais pendant cette période ?

- Ah oui je jubilais. (...)

- Et là au début ta motivation pour faire l'athlétisme c'était ?

- Mais ce n'était pas l'athlétisme, c'était que je dominais mon corps et que je perdais du poids à chaque fois.

- Donc se dominer et perdre du poids. Tu n'as jamais eu du plaisir à faire ?

- Oui j'avais du plaisir, mais c'était vraiment le plaisir...

- Le plaisir de perdre du poids ou le plaisir d'aller au delà de tes limites ?

- Voilà, parce que je montais sur la balance avant, et je montais sur la balance après et j'avais perdu de l'eau, et voilà ça fait 400 grammes en moins et j'étais vraiment super contente.

3. « Une logique compensatoire » : le sport permet de manger un peu plus. Si les femmes ne font pas de sport, elles s'interdisent de s'alimenter. Pas de sport, pas de nourriture comme Léa l'explique :

« - Oui. J'étais... Si tu veux cela me permettait de me déculpabiliser. Si je n'avais pas été faire du sport, je me sentais coupable de ne pas avoir fait de sport, alors après je me punissais d'une manière ou d'une autre. Je mangeais encore moins que ce que je mangeais d'habitude quoi. Donc le sport c'était ce que j'utilisais pour m'octroyer un peu de nourriture.

- Ça te permettait un peu de plus manger que si tu n'avais pas fait de sport du tout.

- Voilà exactement. Je me disais que le nombre de calories que je pouvais perdre en faisant du sport, je pouvais manger ce nombre de calories. Si je ne faisais pas de sport, je mangeais moins.

- Donc finalement c'était positif pour toi que tu fasses un peu de sport, parce que ça te permettait de manger un petit peu plus.

- Exactement. Je me punissais si je n'avais pas de sport, je me punissais. »

4. «Une logique de prise de masse musculaire » : le sport permet de ne pas paraître trop maigre. Bien que la finalité de cette étude ne soit pas de traiter des conduites des hommes, leur logique d'usage des pratiques nous permet de mieux comprendre la diversité des usages et les divisions sexuées. L'analyse d'entretiens avec des hommes atteints de troubles alimentaires indique une quatrième logique, de prise de masse musculaire. Après une perte importante de poids Sébastien souhaite prendre du muscle :

« - Donc tu fais ça [le fitness] un peu pour ton bien-être, l'apparence aussi ? Sculpter ton corps ?

- Oui. Je trouve que c'est même l'objectif premier. Je pense que si je ne voyais aucun résultat par exemple je me dirais : pourquoi est-ce que je fais ça ! quoi.

- Donc à la base t'as fait ce sport pour ton apparence ? Tu te trouvais trop fin ?

- Non. Parce qu'en fait si tu veux quand j'avais... A l'adolescence, vers je pense de 12 à 16 ans, j'ai pris beaucoup de poids en fait. Et quand je dis beaucoup de poids, c'est qu'à 16 ans je mesurais déjà le 1m83 que j'ai maintenant, avec 30 kg en plus en fait. Donc du coup de 16 à 17 ans, en plus ou moins 7 mois un truc comme ça, j'ai perdu 30 kg mais comme ça, parce que j'avais décidé. (...)

- (...)

- Et donc t'as fait ce sport à la base pour essayer de maigrir aussi ? C'est à ce moment là ? ou après avoir maigri ?

- Ouais c'est plus après en fait, je me suis dit, du coup je me trouvais limite maigre ouais, parce que si tu veux je pesais plus ou moins... Ouais même 35 kg j'ai perdu... Donc je pesais plus ou moins 100 kg un truc comme ça, et je suis descendu à 65. Donc pour 1m83 ça faisait vraiment sec de chez sec quoi. Et ouais donc c'était plutôt dans l'optique de me dire : je ne vais pas regrossir, je vais pouvoir remanger un peu plus normalement. Et du coup c'est pour ça que j'ai commencé à faire de la muscu quoi.

- Et donc ça t'as permis de conserver ton poids ?

- Ouais.

- Et puis de sculpter ?

- Exactement ouais.

- Là t'as trouvé un équilibre ?

- Ouais ».

Cette motivation de pratique ne se retrouve pas chez les femmes interrogées.

• Les femmes n'ayant pas de troubles alimentaires : une diversité de motivations de pratique

Les femmes non atteintes de troubles alimentaires pratiquent les sports de remise pour différentes raisons : en priorité pour maintenir, voire perdre du poids, mais également pour d'autres raisons comme le bien-être physique, psychologique, se défouler, rencontrer des amis et de se maintenir en forme. De plus, beaucoup d'entre elles avouent avoir commencé cette activité pour diversifier leur pratique, pour profiter de la gratuité et de la diversité de l'offre de cours des sports universitaires, pour faire une activité avec des copines, par hasard en se trompant de salle, etc. En somme, les femmes qui pratiquent des sports de remise en forme sont souvent motivées par la

perte de poids, mais cette motivation n'est pas la seule, une multitude d'intérêts les ont conduit vers cette pratique. Les deux extraits d'entretien suivant sont représentatifs :

Caroline :

- « - Ca te plaît les cours collectifs de remise en forme ?
- Ouais, en fait bon moi au début j'étais assez réticente, parce que voilà ça ne correspondait pas à ce que j'avais fait jusqu'à maintenant aussi au niveau des gens et tout ça. Mais bon je me suis dit je vais essayer d'y aller avec des copines. Et après je me suis dit bon ben comme j'arrive pas à suivre une activité à côté en ce moment, c'est mieux ça que rien. Et petit à petit je me suis prise au jeu, au sens où voilà, j'ai trouvé que cette prof que j'avais là était pas dans le cliché. Elle me permettait d'avoir des exercices suffisamment élaborés pour ne pas m'ennuyer en fait. Du coup c'est un truc qui me convient, donc je me suis dit bon ben je vais me dépenser, ça me permet de poser un peu les choses que j'ai envie de poser et pis voilà.
- Donc à la base t'étais pas trop attirée par ce type de sport et finalement tu prends du plaisir à y aller ?
- Oui.
- T'aimes quand-même ça ? Est-ce que c'est un choix par dépit ?
- Non, non. C'est assumé en fait. Je pense que les 2 premiers mois c'était un peu « je regarde et on va voir si on continue », mais maintenant c'est assumé, j'ai du plaisir. Et on est un groupe aussi plus trié. Au début on était 10 et voilà on va tout essayer, et au bout d'un moment on était plus que 3 mais voilà, on sait qu'on y va à chaque fois. C'est plus un engagement.
- Vous vous motivez entre vous et vous y allez.
- Voilà ».

Louise

- « - Donc les sports de remise en forme t'y vas surtout pour ça, pour te défouler...
- Ah oui ça à rien à voir avec la remise en forme en tant que telle.
- Est-ce que t'as un objectif santé, perte de poids, ou maintien de la forme physique derrière ou pas ?
- Bon quand même le maintien de la forme physique. Après... si j'en fais, c'est pas pour rien non plus, enfin...
- Donc tu cherches quand même à maintenir la santé derrière quoi ?
- Oui. Et pis le disco-fit ça a quand même l'avantage de faire bouger un peu tout. Enfin, on fait des bras, des jambes, torse... Alors que si je vais courir j'ai l'impression d'avoir surtout bougé des jambes.
- Donc c'est assez complet aussi.
- C'est assez complet ouais.
- C'est pour ça que t'y vas, ça te permet de... t'y vas entre amis, toute seule ?
- Non entre amis.
- Entre amis. Donc c'est aussi ce qui vous motive un peu à...
- Ouais c'est aussi la motivation sociale.
- Tu prends du plaisir à faire ces sports de remise en forme ou ?
- Ben disons que sur le moment c'est un peu la souffrance (rires). Non le plaisir il est là quand même, sinon on le ferait pas. Mais c'est vrai y a des moments où quand on a un peu une souffrance, voilà... »

1.4.2.2.2. Motivation à poursuivre les sports de remise en forme

- **Les femmes ayant des troubles alimentaires : vers l'obligation de pratique...**

La motivation à continuer les sports de remise en forme pour les femmes ayant des troubles alimentaires évolue également. Nous avons remarqué deux types de comportement :

- les femmes qui adoptent des comportements de plus en plus excessifs face à leur pratique sportive. Elles sont de plus en plus motivées, ceci qu'importe leur logique d'engagement dans la pratique. Elles définissent leur pratique comme une obligation, un besoin compulsif comme si elles ne ressentent plus d'émotions. En effet, certaines expliquent avoir vécu leur pratique sportive de remise en forme comme une « contrainte » (*exemple d'Antonia*), et en y éprouvant plus « aucun plaisir » (*exemple de Juliane*). Certaines femmes évoquent leur dépendance à l'activité physique : « le plaisir a laissé place à la dépendance au sport » (*exemple de Léa*), « le sport est une drogue » (*exemple de Fanny*).
- les femmes amotivées qui arrêtent leur pratique de remise en forme au profit d'autres méthodes de perte de poids rapportées comme plus efficaces telles que les laxatifs ou les vomissements provoqués ; c'est le cas de Sara :

« - T'es arrivée à tes fins ?

- Ben j'ai jamais été très contente en fait. C'est pour ça que j'étais assez découragée parce que c'est vraiment à long terme qu'on voit les différences et puis j'avais pas le courage de continuer aussi intensément, autant longtemps [*la pratique sportive*]. Et donc...
- Finalement t'as tout arrêté ?
- Pendant quelques temps, j'ai tout arrêté...
- Et puis après tu as repris ?
- Voilà. »

Certains témoignages de femmes guéries expliquent avoir repris une activité physique pour le plaisir après leurs troubles alimentaires. Toutefois, les sports de remise en forme restent rarement pratiqués lorsque les femmes n'ont plus de TCA.

- **Les femmes sans troubles alimentaires : vers l'émergence du plaisir...**

D'une part, il a été remarqué que les motivations de pratique des femmes sans troubles alimentaires semblent avoir évolué vers une motivation intrinsèque. En effet, il semblerait que les effets bénéfiques sur la santé mentale et physique aient fait naître la notion de plaisir. D'ailleurs certaines expliquent avoir commencé le sport de remise en forme avec une copine mais avoir continué toute seule après l'abandon de leur copine. Beaucoup d'entre elles expliquent avoir continué cette activité parce qu'elles y avaient pris goût. Par exemple, Denise raconte « j'aime l'aspect chorégraphique des cours collectifs en musique ».

D'autre part, il semblerait que les motivations qui ont amené les femmes sans troubles alimentaires à s'engager dans les sports de remise en forme se soient renforcées. En effet, la plupart de ces femmes, peu voire pas sportives à la base, ont découvert les bienfaits de l'activité sportive sur la santé et sur leur

apparence corporelle. Plusieurs femmes ont rapporté qu'elles s'étaient affinées et tonifiées depuis leur début.

➔ Les femmes pratiquent majoritairement les sports de remise en forme pour des motivations extrinsèques ; la santé et la perte de poids, le modelage du corps et la notion de plaisir est peu présente. Le plaisir peut apparaître au fil du temps mais il n'est que rarement la motivation principale de pratique.

Les résultats montrent toute l'importance de la motivation à perdre du poids dans les troubles alimentaires. Cette motivation est reliée à des conduites alimentaires déviantes, à la fréquence et durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids et à une grande insatisfaction corporelle. Il faut noter que cette motivation est poursuivie également chez les femmes non atteintes de troubles alimentaires, mais ce qui les différencie des femmes

atteintes de troubles alimentaires, c'est la prégnance de cette motivation. En effet, les entretiens ont permis de voir que chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires, cette motivation était principale et unique et se déclinait sous différentes logiques, alors que chez les femmes non atteintes de troubles alimentaires, elle était présente mais accompagnée d'autres motivations de même niveau : être avec les amis, la santé, etc.

Par ailleurs, la motivation extrinsèque liée à la santé, au sens de pratique d'entretien, ressort comme la motivation principale des femmes ayant ou pas des TCA et pratiquant des sports de remise en forme. Il faut noter que ce type de motivation est associé à une pratique sportive plus « saine » que la poursuite d'autres types de motivations comme le plaisir ou la perte de poids/liée à l'apparence. En effet, elles favorisent un entraînement régulier et peu intense caractéristique d'un apport pour la santé.

1.5. Rôle des sports de remise en forme dans le développement des troubles alimentaires : relation ambiguë entre pratique sportive et troubles alimentaires

Points clés : La revue de littérature montre que les sports de remise en forme sont des pratiques qui peuvent attirer les femmes à tendance anorexique puisqu'ils semblent correspondre à leurs attentes : liberté et autonomie de pratique, anonymat, progression personnelle et aucune compétition inter individuelle, aucun prérequis technique nécessaire et un idéal de beauté-minceur recherché. Toutefois, les résultats (issus des questionnaires et des entretiens) révèlent une position ambivalente de la pratique des sports de remise en forme dans le développement des troubles anorexiques. Les analyses montrent que :

- les sports de remise en forme semblent être des pratiques moins risquées que d'autres pour le développement des troubles alimentaires. 10.3% des femmes interrogées étaient à risques de développer des TCA (score EAT-26 $\geq$ 20), ce qui positionne les sports de remise en forme de manière intermédiaire entre les sports dit « non à risques » dans le développement des troubles alimentaires comme les sports collectifs (volley, handball, foot, etc.) et les sports dit « à risques » comme les pratiques esthétiques (danse, gymnastique, etc.), les pratiques endurantes (athlétisme, etc.), les sports à catégorie de poids (judo, lutte, etc.) et les sports à mouvements verticaux (escalade, etc.),

- les sports de remise en forme ne semblent pas être un facteur déclencheur des troubles anorexiques. Dans le parcours des femmes ayant (ou ayant eu) des TCA, d'autres facteurs sont impliqués dans la genèse du trouble,

- les sports de remise en forme peuvent être bénéfiques pour certaines filles atteintes de troubles alimentaires. Le discours de certaines dévoile finalement une position ambivalente de ce sport dans le développement des troubles alimentaires notamment lorsque :

- elles fonctionnent au mérite (s'autoriser à manger avant ou après le sport),

- elles recherchent l'augmentation de leur performance sportive (manger pour ne pas régresser),

- elles veulent s'en sortir et se réapproprier leur corps (par exemple au travers des sports de remise en forme aquatique),

- elles refusent d'accepter le reflet de leur image corporelle dans le miroir.

Puisque la pratique sportive, notamment celle de remise en forme, permet la dépense énergétique, elle devient intéressante pour toutes les personnes dont l'ambition est la perte de poids. Ainsi, il est clair que des liens existent entre la pratique des sports de remise en forme et les troubles alimentaires.

Toutefois, quel rôle jouent réellement les sports de remise en forme pour les personnes à risques dans le développement des troubles alimentaires ?

En prenant appui sur la revue de littérature existante, il est possible de penser que la pratique des sports de remise en forme peut s'avérer néfaste pour les personnes vulnérables (Dosil, 2002 ; De Bruin et al., 2009 ; Mc Cabe et al. 2007 ; Augestad et al., 1999 ; Prichard et al., 2008). En effet, les sports de remise en forme semblent convenir parfaitement aux femmes atteintes de troubles alimentaires, ceci parce que les caractéristiques de ces sports correspondent aux demandes et aux caractéristiques psychologiques de ces femmes. Les raisons sont les suivantes :

- les sports de remise en forme (course à pied, vélo, natation, fitness, etc.) sont des activités qui s'effectuent seules. D'ailleurs, les centres de remise en forme prônent l'indépendance et la liberté du client : les groupes de cours sont nombreux, la participation aux cours est anonyme et aléatoire, le coach est présent mais n'intervient pas dans une relation personnelle au client, le client décide de son programme d'entraînement, etc. Ceci paraît totalement correspondre aux femmes présentant des troubles alimentaires qui recherchent l'isolement. Ainsi, cette pratique étant moins institutionnalisée et encadrée que des pratiques sportives de clubs, par exemple, elle profite aux femmes s'inscrivant dans le cercle vicieux de la perte de poids absolue et l'isolement qu'engendrent les troubles alimentaires,
- les centres de fitness proposent des larges plages horaires du matin tôt au soir tard, ainsi qu'une ouverture les jours de congé. Contrairement à une pratique sportive de club dont les jours et les horaires d'entraînement sont fixes, les centres de fitness permettent l'accès aux sports de manière quasi illimité. Ceci est idéal pour les femmes ayant des troubles alimentaires qui augmentent inlassablement leur temps passé à la pratique sportive et l'intensité de leur séance, favorisant ainsi le développement d'une dépendance au sport. Il en est de même pour la pratique de sports de remise en forme de manière libre comme la course à pied, la natation ou le vélo,
- les sports de remise en forme offrent la possibilité d'effectuer une activité sportive aux femmes peu sportives à la base. En effet, ces sports ne requièrent pas un niveau technique préalable permettant ainsi au débutant d'exercer. De plus, ils peuvent être effectués selon son rythme et son niveau d'endurance. Ainsi, les femmes peu ou pas sportives présentant des troubles alimentaires peuvent se diriger plus facilement dans ces pratiques de sports de remise en forme pour perdre du poids que d'autres sports,
- les sports de remise en forme permettent l'entraînement des femmes de tous niveaux sportifs sans idée de compétitions inter-

individuelles. Ceci correspond tout à fait à une pratique sportive pour les femmes ayant de troubles alimentaires puisqu'elles tendent à avoir peu de confiance en elles, n'ont généralement pas un niveau sportif permettant d'effectuer des compétitions et préfèrent se confronter à elles-mêmes dans une compétition contre elles-mêmes. C'est aussi un moyen d'exercer un contrôle sur soi caractéristique des troubles anorexiques,

- la création et le développement des sports de remise en forme sont la résultante d'un souci grandissant concernant la santé et l'apparence corporelle depuis les années 1960, et de l'avènement de la norme sociétale de la minceur. Depuis son origine, les sports de remise en forme correspondent à la pratique synonyme d'idéal corporel, de minceur et de forme physique attirant notamment les personnes à tendance anorexique dans leurs pratiques au travers des médias dont ces femmes sont particulièrement influencées (Travaillot 1998).

La revue de littérature montre que les sports de remise en forme sont des pratiques qui peuvent attirer les femmes à tendance anorexique puisqu'ils semblent correspondre à leurs attentes : liberté et autonomie de pratique, anonymat, progression personnelle et aucune compétition inter individuelle, aucun prérequis technique nécessaire et un idéal de beauté-minceur recherché.

Toutefois, les résultats de cette étude (issus des questionnaires et des entretiens) révèlent une position ambivalente de la pratique des sports de remise en forme dans le développement des troubles anorexiques. Des analyses se dégagent trois caractéristiques majeures.

1. Les sports de remise en forme semblent être des pratiques moins risquées que d'autres dans la genèse des troubles alimentaires.

En effet, les résultats statistiques ont montré que 10.3% des personnes interrogées étaient à risques de développer des TCA (score EAT-26 $\geq$ 20).⁵ Or, si on prend le risque de comparer avec une autre étude (Filaire, Rouveix et al. 2007), ce chiffre se place de manière intermédiaire entre les sports dit « non à risques » dans le développement des troubles alimentaires comme les sports collectifs (volley, handball, foot, etc.) et les sports dit « à risques » comme les pratiques esthétiques (danse, gymnastique, etc.), les pratiques endurantes (athlétisme, etc.), les sports à catégorie de poids (judo, lutte, etc.) et les sports à mouvements verticaux (escalade, etc.). Mais comme le tableau 2 ci-dessous l'indique, les effectifs de l'étude citée sont très faibles et la comparaison demeure hasardeuse.

Catégorie de sport	Sport	Nombre femmes	IMC moyen	EAT $\geq$ 20 (%)
Sport fitness	Sport de remise en forme (notre étude)	1264	21.3 $\pm$ 2.7	10.3% (n=130)
Sport à catégorie de poids	Judokates	12	21.1 $\pm$ 2.4	25.0% (n=3)
Sport esthétique	Gymnastes (GR)	9	16.5 $\pm$ 6.7	22.3% (n=2)
	Natation synchronisée	24	20 $\pm$ 1.2	16.7% (n=4)
Sport endurance	Cyclistes filles	13	19.9 $\pm$ 1.1	30.7% (n=4)
Sport collectif	Basketteuses	9	21.3 $\pm$ 1.9	0
	Sédentaires filles	14	19.1 $\pm$ 1.4	0

Tableau 2: Prévalence des troubles alimentaires selon les sports

⁵ Résultats statistiques au chapitre 1.2.1 Eating attitude test-26 (EAT-26)

Même si les résultats montrent que la pratique des sports de remise en forme est souvent en lien avec la perte de poids et aux TCA, et est rarement pratiquée pour le plaisir intrinsèque lié à l'activité elle-même, elle paraît moins « à risques » en ce qui concerne le développement des troubles alimentaires que d'autres pratiques. Mais il faut rester très prudent parce qu'il s'agit, dans le tableau 2, de comparaisons d'échantillons qui présentent des caractéristiques et des contextes différents.

Il en est de même dans la comparaison de l'utilisation de méthodes de perte de poids entre différentes pratiques sportives (dites « à risques » et « non à risques »). Le tableau 3 compare les résultats statistiques de cette étude avec une recherche effectuée sur l'utilisation de méthodes compensatoires de perte de poids chez 256 sportif(ves) dans différentes pratiques sportives (Dosil 2008) :

Méthodes de perte de poids	Sports « à risque »					Sports « non à risque »			
	Gym rythmique	Judo	Body-buiding	aérobic	Fitness (notre étude)	Athlétisme	Natation	Foot	Basket
Jeûnes	4.2	11.6			7.3	2.2		1.6	5.7
Manger moins	29.2	30.4	16.7	50	44.8	29.7	30.8	9.5	40
Restrictions caloriques	33.3	30.4	50	18.2		22	30.8	17.5	21.4
Augmentation pratique	29.2	44.9	44.4	54.5		33	30.8	31.7	42.9
Diurétiques					3.5	1.1			1.4
Laxatifs		5.8			4.7	2.2			
Sauna	4.2	13	16.7	18.2		1.1		3.2	10
Habits plastique	12.5	14.5				2.2		6.3	2.9
Vomissement					6.1				
Pilule amaigrissante (coupe-faim)			5.6		5.8				
Autres	12.5	1.4	5.6			2.2			
rien	41.7	27.5	22.2	22.7		51.6	46.2	53.22	40

Tableau 3: méthodes compensatoires de perte de poids utilisées dans différents sports (en %)

Par exemple, cette recherche a été effectuée sur les hommes et les femmes, ce qui n'est pas le cas de notre étude (TAPS1). De plus, le niveau de pratique des sportif(ve)s interrogés n'a pas été précisé par l'auteur de la recherche (Dosil 2008). Toutefois, ce tableau permet de confirmer la place ambiguë des sports de remise en forme dans le développement des TCA. Les sports de remise en forme peuvent être « à risque » dans le développement des troubles alimentaires. La comparaison avec d'autres sports comme le judo ou la gymnastique, pour lesquels la compétition peut accentuer les pressions, n'est pas simple parce que l'on ne connaît pas assez bien la composition des échantillons. Il est probable que le risque augmente fortement dans ces sports avec le niveau de compétition.

2. Les sports de remise en forme ne semblent pas être un facteur déclencheur des troubles anorexiques.⁶ En effet, d'autres facteurs (voir les chapitres 2.1 et 2.2) sont impliqués dans la genèse du trouble. Toutefois, il existe certains points communs dans le parcours sportif des femmes ayant (ou ayant eu) des TCA : elles étaient peu sportives dans leur

enfance et pratiquaient, pour la plupart (n=22), un sport catégorisé comme « à risque » pour le développement des TCA comme par exemple un sport esthétique (gymnastique, danse, etc.), d'endurance (athlétisme, natation, etc.), à catégorie de poids (judo, etc.), ou à déplacements verticaux (escalade, équitation, etc.). Ce résultat interpelle et il est à se demander si le fait de pratiquer un sport axé notamment sur l'apparence corporelle durant l'enfance (même à un faible niveau de pratique) n'augmente pas les risques d'insatisfaction corporelle au moment notamment où les changements pubertaires apparaissent. Ces filles portent peut-être un regard différent, plus d'attention au poids et à l'apparence corporelle ce qui peut augmenter les risques de distorsion de l'image corporelle plus tardivement à l'adolescence. Dans d'autres sports, comme des sports collectifs (volley-ball, basket-ball, etc.), l'apparence physique a beaucoup moins d'importance et est beaucoup moins exposé au regard des autres.

3. Les sports de remise en forme peuvent être bénéfiques pour certaines filles atteintes de troubles alimentaires allant ainsi à l'encontre de la recherche immodérée de perte de poids caractéristique des troubles anorexiques. Quatre cas

⁶ Se référer au chapitre 2.2 *processus d'engagement dans les pratiques alimentaires déviantes*.

ont été relevés dans les différents entretiens menés dans le cadre de cette étude :

- a. Dans une logique compensatoire, qui ressort chez un certain nombre de personnes atteintes de troubles alimentaires, la notion de mérite est très importante et ces femmes s'autorisent à manger uniquement si elles ont fait du sport. Ainsi dans ce cas-là, le sport permet d'augmenter la prise de calories car les jours où elles ne peuvent pas faire de sport, elles ne se nourrissent pas ou peu. Margaux explique :

« - Ah donc si tu fais du sport, tu manges un peu plus ?
- Ouais, j'accepte de manger un peu plus. Ouais par exemple, j'ai un bol qui équivaut un peu à cette tasse... Je mange l'équivalent de ce bol là. Si j'ai fait un peu de natation, j'accepte de remanger la moitié de ce bol. Si je n'ai pas fait de natation, alors soit je résiste à la faim, j'y arrive... J'ai réussi hier soir ».

- b. Dans le cas de deux femmes interviewées, la baisse de leur performance sportive les a incité à manger davantage, car elles n'acceptaient pas de régresser. Cela s'observe souvent chez les compétiteurs. L'extrait d'entretien à Mathilde l'illustre :

« - Et là tu n'as pas utilisé l'athlétisme pour perdre du poids ?
- Je savais que ça ne changerait pas grand chose je pense. Et de toute façon je ne faisais même plus de tout. Il y a des trucs j'allais et je ne faisais pas parce que je n'avais plus la force.
- Donc tu sentais que c'était négatif quand même pour ta pratique sportive ?
- Ouais ben justement au début ce qui a fait que je me suis dit : j'arrête tout ! Pendant les trois semaines où j'ai repris là [du poids]. Et après la maladie a pris le dessus quand même.
- Donc tu te disais : zut je suis en train de ne plus pouvoir faire le sport que j'aime ?
- Ouais et je perdais mes muscles en plus.
- Donc ça aurait pu te sauver mais ça n'a pas été suffisant ?
- Ouais.
- Donc finalement le sport ça aurait pu être un sauveur, mais finalement tu as dû arrêter parce que c'est la maladie qui a pris le dessus ?
- Ouais. »

- c. Certaines ont pris conscience des bienfaits d'une activité sportive tant sur le plan physique que mental, c'est le cas de Fanny et de Laure :

Fanny :

« - Quand j'étais en bonne santé. Quand j'ai quitté ici [l'hôpital], j'ai fait des cours collectifs de danse, du yoga, je me suis beaucoup intéressée au yoga, au tai-chi. Maintenant c'est exclu, c'est trop lent.
- Pourquoi ?
- Parce que je ne suis pas encore dans le bon état d'esprit pour prendre soin de moi et pour faire des choses qui font vraiment du bien à la tête et au corps. Donc je suis encore dans la phase où si je me mets au sport ça va être...
- Direct, une obligation, à se pousser ?
- Exactement. »

Laure :

« Mais par la suite j'ai repris du kick-boxing, il n'y a pas très longtemps en fait, il y a quelques mois. J'ai fait ça pendant 6 mois, c'était dans le but d'apprécier mon corps en fait, ce n'était pas dans le but de dépenser, mais vraiment... J'avais besoin de sentir mon corps utile finalement. Et ça m'a fait beaucoup de bien. »

D'ailleurs, Margaux a dit clairement que c'est le sport, pratiqué de manière plus douce, qui lui a permis de se sortir de sa première période anorexique. Elle a d'abord utilisé le sport pour perdre du poids (plus de 20h par semaine). Ensuite, elle a été hospitalisée, mise sous antidépresseurs. Puis dans une optique thérapeutique, elle s'est remise à la pratique sportive notamment au travers des sports aquatiques. Ceci lui a donné le sentiment de redécouvrir son corps, ses sensations, de s'accepter à nouveau et lui a permis petit à petit de se sortir des troubles alimentaires. C'est surtout la natation, les mouvements dans l'eau, les massages par les jets d'eau qui lui ont été bénéfiques.

« - Et là, j'ai fait de la piscine avec un kiné. Il me faisait faire des mouvements dans l'eau, des massages avec un jet, et j'ai pu retrouver des sensations de mon corps. Et c'était sentir mon corps que je voulais. Je le sentais plus avec les médicaments, avec la perte de poids, j'avais plus de muscles, j'avais plus rien. L'eau pour moi c'était un miracle, ça m'a permis de ressentir ma peau. Je ne me souviens plus si j'étais encore dans une optique de perte de poids. Sans parler de sport, c'était le mouvement qui était important. Marcher autour de l'hôpital, c'était pas dans une optique de perdre du poids, c'était le mouvement, sentir l'air, s'oxygéner, ressentir son corps, la souplesse, que je puisse me plier en deux, j'étais assez fière de ma souplesse. Je faisais beaucoup d'étirements.
- (...)
- C'est... J'ai repris à faire des footings, c'était modéré, mais on allait faire 2-3 footings par semaine plus les massages des kiné, plus l'hydrothérapie plus la piscine et plus moi je m'étais mise au tai chi chuan, je faisais des mouvements chez moi dans ma chambre le matin. Et les balades c'était dans un cadre de verdure. Et il y avait des activités collectives, basket, volley et tout ça. Donc là j'étais oxygénée, c'est ça qui m'a reconstruite, qui m'a permis de me réapproprier mon corps.
- T'as utilisé le sport dans ta maladie, et c'est le sport qui t'as permis d'en sortir, sans le sport t'y arrivais pas ?
- Ouais, la mise en mouvement, sentir son corps. Et là je m'en souviens, je n'avais pas énormément pris de poids, mais je n'étais plus en restriction alimentaire. Je mangeais beaucoup de légumes, et le pain, seulement la mie. Il y avait une sélection quand même, mais plus importante qu'à l'hôpital.
- Ca c'est fait naturellement.
- Ouais j'ai pas forcé, et mon père m'avait donné de la sophrologie à faire, enfin j'avais des cassettes de sophro de lui. »

- d. Enfin, l'importance accordée à l'apparence corporelle dans les salles de remise en forme (nombreux miroirs, feedbacks des coaches portés sur la silhouette, ambiance ressentie comme hyper-féminine, etc.) semble repousser certaines filles qui n'acceptent pas leur image corporelle. Sandrine explique ne pas avoir aimé les sports de remise en forme effectués en salle de fitness à cause des miroirs qui reflétaient son image corporelle qu'elle refusait d'accepter :

« - Et tu m'as dit que tu avais fait du fitness après ?

- Après quand j'ai commencé à aller mieux j'avais besoin de me prouver à moi-même que je pouvais aller dans un fitness, par rapport à mon apparence. Que je pouvais affronter, et quelque part c'était m'assumer en tant que femme.
- Donc au moment où tu avais repris des formes et du poids ?
- Je n'avais pas vraiment repris, mais je voulais me sentir normale quoi.
- Avant la boulimie c'était ?
- Oui un peu à cette période.
- Donc là tu allais au sport...
- Dans un fitness, et là on m'encourageait, ça me faisait du bien aussi.
- Donc c'était des cours collectifs ?
- Oui.
- Tu as fait combien de temps ?
- Une année je pense. Après c'était trop focalisé sur l'apparence et ça ne me plaisait plus quoi. C'était trop à se regarder, et moi je n'avais plus besoin de ça.
- Donc tu n'as pas fait de sports de remise en forme pendant ta maladie ?
- Non. J'allais toute seule. »

De la même manière certaines relatent l'ambiance trop féminine de ces salles de fitness :

Laurence :

- « - Des cours collectifs tu faisais au fitness ?
- Non pas du tout. Je sais que j'ai eu essayé des trucs aérobic machin, mais il y a tout le truc où je détestais être « la » femme, tu sais. Je trouvais ça presque ridicule.
- Donc plus sur machine c'était ?
- Ouais, complètement.
- Vélo, rameur ?
- Ouais à fond. Et je sais que, par rapport à la maladie, je faisais une demi heure d'endurance, et après les machines quoi. Mais ce n'est pas un truc qui m'a plu. »

Aurélié :

- Tu n'as pas un sentiment d'infériorité par rapport aux autres ?
- Parfois sur certaines personnes, surtout sur les filles hyper minces. Mais sinon ça va.
- (...) Et au fitness ça ne te dérange pas parce qu'avec tous ces miroirs...

- Ben ça va, parce qu'au fitness il y a de tout. Il y a de tout, on voit de tout. Enfin dans le fitness où je suis. Parce qu'avant j'étais [dans un fitness], c'était une catastrophe. Si on ne faisait pas 0 kilos, on nous regardait de haut en bas, alors ça je n'ai pas supporté. Parce que là où je suis c'est vraiment familial, il y a de tout, et là ça va, je ne me sens pas... Je suis au milieu de personnes de tout âge et de toute forme, donc ça ne me dérange pas.
- Tu as moins le référentiel « être mince » ?
- Ouais.

➔ Ainsi, bien que la pratique sportive de remise en forme soit prioritairement utilisée comme méthode de perte de poids et donc peut être néfaste pour les femmes ayant des troubles alimentaires, le discours de certaines dévoilent finalement une position ambivalente de ce sport dans le développement des troubles alimentaires notamment lorsque :

- elles fonctionnent au mérite (s'autoriser à manger avant ou après le sport),
- elles recherchent l'augmentation de leur performance sportive (manger pour ne pas régresser),
- elles veulent s'en sortir et se réapproprier leur corps (notamment au travers des sports de remise en forme aquatique),
- elles refusent d'accepter le reflet de leur image corporelle dans le miroir.

De plus, les résultats montrent que les femmes à risques dans les troubles alimentaires s'orientent finalement davantage vers des activités physiques principalement endurantes et moins axées sur l'apparence corporelle comme le vélo, la course à pied ou la natation (effectuées en extérieur ou en salle de fitness), plutôt que des cours collectifs de remise en forme comme le step, l'aérobic, le cuisse abdo fessier, le spinning, etc.

2. Typologie des profils

2.1. Éléments de vulnérabilité

Points clés : Il existe certaines similarités dans le discours des femmes interrogées ayant des troubles alimentaires qui permettent de définir ces femmes comme **une population vulnérable**. En effet, leurs parcours de vie, tout aussi singulier qu'il soit, semblent converger sur les éléments suivants :

- le développement des troubles alimentaires dans la période de **l'adolescence** (ou la post adolescence),
- **un mal-être** (physique, psychologique et/ou social) préexistant,
- des caractéristiques psychologiques telles qu'**une faible estime de soi**, un manque de confiance en soi et un perfectionnisme élevé,
- **des normes sociales** relayées par les médias, des amis, des parents, des entraîneurs/coaches, à perdre du poids **une histoire familiale** ressentie comme difficile.

Ces éléments de vulnérabilité sont tous impliqués (mais de manière différente) chez ces femmes et ont offert un terrain propice au développement de comportements « à risques » pour la santé dont les troubles alimentaires font partie.

NB théorique :

Les populations vulnérables sont définies comme celles présentant un risque de mauvaise santé physique, psychologique et/ou sociale. En effet, elles sont perçues comme des personnes qui ont des probabilités augmentées d'adopter des comportements nuisibles pour leur santé (Suris, Berchtold et al. 2006). Les troubles du comportement alimentaire font partie des comportements à risque nuisibles pour la santé que les individus, surtout les adolescent(e)s, peuvent adopter (Office fédérale de la santé publique 2006).

2.1.1. L'adolescence

NB théorique :

L'adolescence, dont l'étymologie vient du latin « adolescentia » (de « adolescere ») signifie « grandir vers ». Même si les théories explicatives de l'adolescence diffèrent selon les époques et les courants de pensée, il semblerait que certaines dimensions (biologiques, psychologiques et sociales) soient clairement impliquées dans le processus de changement et de développement engendré par cette période. L'adolescence se définit donc comme la période intermédiaire séparant l'enfance de l'âge adulte et caractérisée par des transformations chez l'individu (Cloutier and Drapeau 2008).

Dans une approche analytique, l'adolescence peut être caractérisée par deux phases qui ne sont pas nécessairement indépendantes l'une de l'autre : une phase de crise et une phase de séparation-individuation (Guillon and Crocq 2006; Cazenave, Penltier et al. 2008). Il s'agit d'une étape transitoire de la vie où l'individu passe de l'état de dépendance à l'état d'indépendance. Il cherche à devenir autonome, se séparer, s'individualiser, se libérer de l'emprise parentale, s'adapter au monde extérieur, s'investir dans de nouvelles relations. Il a besoin de se forger une identité personnelle (Tinat 2006).

Par conséquent, le déroulement de l'adolescence peut être marqué par des sentiments d'insécurité, de vulnérabilité, de doute et de violence (Guillon and Crocq 2006). C'est un processus normal, mais qui comporte certains risques et qui peut être plus ou moins long et difficile selon les individus et leur environnement. Les troubles alimentaires font partie des nombreux comportements « à risques » que les jeunes adolescents peuvent adopter (Office fédérale de la santé publique 2006). D'ailleurs, le goût du sport, des régimes, du travail scolaire, marquent souvent la nécessité de contrôler un corps adolescent qui échappe (Le Breton 2005).

Les troubles alimentaires de toutes nos interviewées se sont déclarés dans la période de l'adolescence, voire de la post adolescence (de 12 à 23 ans).

Ces troubles du comportement alimentaire sont à relier à la construction identitaire vécue à l'adolescence (ou la post adolescence pour certaines). L'adolescente doit faire le deuil de son corps d'enfant et doit faire face à la puberté dont l'irruption de la maturité sexuelle fait partie. C'est une période de changement, de doute et de vulnérabilité où l'adolescente recherche notamment des modèles à qui s'identifier comme c'est le cas de Virginie :

- Mais je pense que c'était pas directement (*les médias*), qu'il n'y avait pas directement une influence. Mais en même temps, je pense que surtout à cet âge là, on fait vraiment attention à chercher des... d'adhérer un peu à ces modèles, de faire attention même parce que ces modèles sont nos modèles à nous, mais sont aussi les modèles des garçons. Et donc si c'est un âge où on veut plaire aux autres, je pense que oui indirectement on peut penser que... Parce que je n'étais pas une fille qui achetait les magazines, ou qui regardait vraiment... Ça m'intéressait pas vraiment. Mais je pense qu'indirectement quand même oui. »

2.1.2. Un mal-être grandissant

L'explication des différents éléments impliqués dans la genèse et le développement des troubles alimentaires de chacune des femmes interrogées, aussi singulière qu'elle soit, a toujours renvoyé à l'expression d'un mal-être. Qu'il s'agisse d'un mal-être physique, psychologique et/ou social, qu'elles en aient été conscientes dès l'enfance ou plus tard, elles ont toutes éprouvé une grande souffrance intérieure qui les a rendu émotionnellement fragiles et vulnérables. Puis, c'est à l'adolescence (voire à la post adolescence pour certaines), période de construction identitaire, que ce mal-être s'est exprimé au travers des troubles alimentaires. Emilie raconte cette conscience soudaine du mal-être :

- « Donc c'est tout d'un coup... Et en fait, c'est surtout que, avoir cette obsession pour le corps et la nourriture, c'était un peu pour mettre un peu des problèmes finalement concrets sur un peu mon mal-être. C'était plus ça. Et du coup ben oui après j'étais obsédée, pis je me trouvais toujours trop grosse alors que... ».

Ainsi, le parcours de vie des femmes présentant des troubles alimentaires est toujours marqué par une grande souffrance, un mal-être (physique, psychologique et/ou social) dont les causes sont pourtant multiples.

- Un mal-être physique

- o **Un surpoids réel :** ce surpoids est surtout lié à une prise de poids vécue à la puberté et très rarement à un surpoids qui date de l'enfance.
- o **Un surpoids perçu :** certaines femmes se perçoivent comme globalement trop grosses bien que leur indice de masse corporelle (IMC) soit dans la norme ou qu'une personne extérieure les trouve tout à fait « normale ».

- **Un dimorphisme perçu entre le haut et le bas du corps :** beaucoup de femmes ont souffert de leur apparence physique et soulignent un complexe concernant la partie inférieure de leur corps qu'elles trouvent souvent trop grosse par rapport au haut du corps : les cuisses, hanches, fesses sont les parties du corps les plus citées par les femmes comme problématiques.
- **Un physique jugé « hors norme » :** certaines femmes ne se trouvent pas grosses mais pas belles, « moches ». Ces femmes pensent qu'en maigrissant elles vont davantage atteindre les standards de beauté féminine de la société et espèrent se sentir mieux dans leur corps.
- **La pratique d'un sport particulier en lien avec :**
 - **Des remarques directes de l'entraîneur :** des femmes interrogées qui faisaient de la danse ou de l'athlétisme en club ont subi des remarques directes de leur entraîneur sur leur physique visant à la perte de poids pour augmenter leur performance sportive.
 - **Des influences indirectes, de l'atmosphère dans l'activité :** certaines n'ont subi aucune remarque sur leur physique mais par contre en pratiquant certaines activités physiques, comme les sports de remise en forme, la danse et l'athlétisme, elles ont ressenti un mal-être lié au fait qu'en se comparant aux autres, elles se sentaient trop grosses.
- **Le mal-être social peut être causé par :**
 - **Une trop grande attention apportée aux opinions, au regard des autres :** la plupart des femmes interrogées expriment une grande sensibilité aux opinions et au regard de l'autre. En effet, elles ne déclarent pas agir selon leurs besoins et leurs envies mais pour plaire aux autres, pour être bien perçues. Ces femmes ont toujours peur de mal faire, de ne pas être dans les normes des attentes perçues.
 - **Un manque ou une perte de confiance en soi :** le mal-être social est souvent accompagné d'une baisse ou d'un manque de confiance en soi. Lorsqu'elles ne se sentent pas à la hauteur, ces femmes préfèrent s'isoler pour éviter que les autres les jugent négativement.
 - **Un physique jugé « hors-norme » par rapport aux normes de beauté véhiculées dans la société qui mène à :**
 - **L'exclusion par les pairs :** les femmes sont très influencées par le modèle de la fille grande, fine, et élancée, modèle retrouvé chez les mannequins et actrices de cinéma. Ainsi, lorsqu'elles perçoivent leur physique en décalage avec ce standard de beauté, elles se sentent exclues par leurs pairs à l'adolescence. Elles ont souvent peu, voire pas d'amis, elles se sentent rejetées et mal aimées, non aimables, seules, inutiles, etc.
 - **Des moqueries des pairs sur le physique, bouc émissaire :** certaines femmes ont souffert de moqueries des pairs sur leur apparence physique ce qui les a poussé à vouloir transformer leur apparence.
- **Le mal-être psychologique peut être causé par :**
 - **Des facteurs personnels :**
 - **Des facteurs déstabilisants :** certaines répondantes mentionnent la perte de leurs amis, lors de déménagement ou de changement d'école, comme facteur de déstabilisation. D'autres ont développé des troubles alimentaires suite à un isolement, souvent un voyage seule, loin de leur famille, leurs amis qui leur ont permis de faire le point sur leur vie, et se poser des questions existentielles qu'elles ne s'étaient jamais posées auparavant.
 - **Une agression sexuelle :** certaines femmes interrogées déclarent avoir subi des agressions sexuelles (attouchements sexuels, viols), par des personnes de l'entourage proche la plupart du temps (beau-père, voisins, copains). Elles ont souvent caché cela, se sentant honteuses et sales.
 - **Une crise d'adolescence tardive (20 ans) :** certaines femmes soulignent n'avoir jamais fait leur « crise d'adolescence », avoir toujours été des enfants modèles et leur crise pubertaire s'est manifestée plus tard sous la forme d'un mal-être psychologique qui a abouti aux troubles alimentaires.
 - **Une puberté trop précoce :** certaines femmes se sont dit pubères trop tôt. Dans leur tête, elles étaient encore une enfant, mais en apparence, elles affichaient le corps d'une femme attirant le regard des hommes plus âgés. Ainsi, elles se sont senties agressées par le regard et les propositions des hommes. Ne se sentant pas prêtes à affronter ce monde d'adultes, elles ont déclaré avoir refusé de devenir « femme », elles se sont repliées sur elles-mêmes, et ont développé des troubles alimentaires pour effacer leurs formes de femme.
 - **Une d'identité sexuelle menacée :** les personnes hommes ou femmes qui s'écartent des normes par leur homosexualité, ont de grandes difficultés à accepter le monde extérieur et la domination

des normes hétérosexuelles. Ainsi, par peur d'afficher leur homosexualité, certaines personnes interrogées ont eu des troubles alimentaires accompagnant un état dépressif.

- **Un début de vie difficile :** certaines femmes ont relaté des difficultés à la naissance qu'ils identifient comme une source de mal-être (être un enfant non désiré, avoir souffert d'anorexie infantile, avoir eu son frère jumeau décédé durant la grossesse, avoir eu une hernie diaphragmatique à la naissance et frôler la mort).

0 *Le contexte familial :⁷*

- **Un décès dans la famille ou un divorce :** certaines ont souffert du décès d'un être proche (parents décédés d'un cancer, mort d'un animal de compagnie, etc.) surtout lorsque ce dernier s'est déroulé durant l'adolescence.
- **L'interdiction, le refus d'exprimer les émotions dans le milieu familial :** une souffrance liée à un environnement familial décrit comme aseptisé est également exprimé. Souvent cet environnement aseptisé est dû à un père qui a toujours refusé que son enfant pleure ou exprime ses émotions négatives. À force d'intérioriser ses émotions négatives, de les cacher, ces femmes ont le sentiment de les voir ressurgir sous forme de troubles alimentaires.
- **Une relation fille/mère insupportable, haine :** ce problème ressort très fréquemment dans les entretiens. Parfois, une vraie haine est ressentie vis-à-vis de la mère. Ces femmes ne veulent pas ressembler à leur mère, soit physiquement, soit psychologiquement. Ces ressentiments à l'égard de leur mère sont perçus comme facteur déclenchant des troubles alimentaires.
- **Une relation fille/père traumatisante causée par des violences physiques et/ou verbales :** remarques déplaisantes du père ou violences physiques du père.
- **Des troubles psychologiques des proches :** les femmes interrogées sont souvent issues de familles dans lesquelles les parents (père, mère) ou des personnes plus éloignées (grand-mère, tante, oncle)

souffrent de troubles psychologiques (dépression, état dépressif).

- **Des conduites addictives des proches :** quelques unes ont rapporté des problèmes de dépendance à l'alcool des proches (pères, mères) décrivant cela comme une source de mal-être.
- **Des problèmes de surpoids, des régimes à répétition ou antécédents de TCA dans la famille :** souvent les femmes ayant des troubles alimentaires ont eu un membre de la famille qui a (ou a eu) un problème de surpoids (père ou mère), fait (ou ont fait) des régimes à répétition, voire a (ou ont eu) des troubles anorexiques (souvent la mère mais parfois la grand mère).
- **Le fait d'appartenir à une famille en réussite :** où tout le monde est en réussite scolaire ou professionnelle (les parents, les frères et sœurs) peut mettre une pression supplémentaire à l'enfant, une pression réelle ou ressentie, qui peut mener à un mal-être, ces enfants ne se sentant pas capables de réussir aussi bien que leurs parents ou frères et sœurs.

0 *Dans le contexte professionnel :*

- **La pression du chef, situation de mobbing :** les relations chef-employé peuvent s'envenimer au point de créer une souffrance psychologique et pousser la personne qui ne peut pas répondre aux exigences du chef, qui se sent harcelée à longueur de journées, à un burn-out et des troubles alimentaires.
- **L'entrée dans le monde professionnel, le monde d'adulte :** certaines ont déclenché leurs troubles alimentaires à partir du moment où il a fallu qu'elles prennent leurs responsabilités et deviennent des adultes, à la fin de leurs études et à l'entrée dans le monde des adultes ou le monde du travail. Elles ne se sentaient pas prêtes à affronter ce nouveau monde qu'elles ne connaissaient pas.

Ces sensations de mal-être d'origines variées sont liées et parfois un mal-être physique entraîne un mal-être psychologique et/ou social ou vice-versa, comme le montre l'extrait d'entretien avec Sandrine :

- « - Ton objectif c'était vraiment la perte de poids ? Tu étais focalisée là dessus ?
 - Ne pas en prendre quoi. Le départ de maladie est focalisé sur la perte de poids [et un mal-être physique], ensuite c'est une prise de conscience d'un malaise beaucoup plus profond.
 - Ou c'était plus exprimer...
 - Je pense exprimer un mal-être aussi, mais on n'en est pas conscient quand on est malade. C'est vraiment la

⁷ Les statistiques concernant les liens entre le contexte familial et les troubles alimentaires seront détaillés ultérieurement : chapitre 2.1.4.2. *Rôle de la famille.*

gestion de tout, du corps, et de ne pas vouloir prendre de poids. »

2.1.3. Des caractéristiques psychologiques proches

Toutes nos interviewées ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires nous ont avoué souffrir d'un manque de confiance en soi, avoir une faible estime d'elle-même et être perfectionniste. Elles se sentent inférieures aux autres et expliquent accorder de l'importance aux regards des autres. Ces caractéristiques ne se retrouvent pas chez les femmes interrogées n'ayant aucun trouble alimentaire. L'entretien à Léa illustre bien cela :

« Déjà j'étais la seule fille dans ma famille, on était une famille plutôt macho, avec une maman très effacée qui n'avait pas une grande féminité. (...) Donc mon modèle était plus mon père. (...) Et pis mon papa avait très peur que je devienne grosse, et il faisait souvent des remarques. Et ça, ça me mettait mal à l'aise (...). En plus j'étais beaucoup plus grande que les autres, à l'école. A 10 ans, j'avais mes règles et je mesurais 1m72. J'étais une femme avant l'heure, disons. Tout ça c'est des choses qui ont germé un peu avant la maladie, ce qui fait que je suis arrivée à l'adolescence en étant très mal dans ma peau, en ayant aucune confiance en moi, aucune estime de moi. Il y avait un terrain tout à fait propice à pouvoir être anorexique quoi. »

2.1.4. Des normes sociales et familiales (préconisateurs, accompagnateurs, incitateurs, etc.)

Les interactions avec l'environnement social et familial peuvent conduire les femmes vulnérables à développer un rapport obsessionnel à leur corps et leur nourriture.

2.1.4.1. Influences sociales à perdre du poids

- *Type d'influences subies/ressenties pour perdre du poids*

Les influences ressenties pour perdre du poids proviennent (dans l'ordre d'importance) (annexe 59) :

- des médias (M=2.2, ET=1.3),
- des parents / de la famille (M=1.7, ET=1.0),
- de l'instructeur, l'entraîneur sportif (M=1.5, ET=0.1),
- des amis en dehors du sport (M=1.4, ET=0.7),
- des amis dans le sport (M=1.3, ET=0.7).

- *Lien entre influences sociales perçues pour perdre du poids perçues et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Il existe un lien entre les influences sociales perçues et les troubles alimentaires. Plus les femmes déclarent subir des influences pour perdre du poids et plus elles ont des troubles alimentaires (et présentent des scores élevés à l'EAT-26) (annexe 60).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (EAT $\geq$ 20) expliquent subir davantage d'influences sociales pour perdre du poids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires. Les différences sont plus marquées pour l'influence subie par les médias, les amis en dehors et dans le sport et la famille (annexe 61a).

- *Lien entre influences sociales perçues et l'IMC*

Il existe un lien entre l'IMC et les influences perçues à perdre du poids. En effet, plus l'IMC des femmes interrogées par questionnaire est élevé, plus elles ressentent des influences sociales (de la part de la famille, des coachs/entraîneurs, des amis sportifs, des amis non sportifs et des médias) pour perdre du poids ($p < 0.001$) (annexe 61b).

- *Lien entre influences sociales perçues et les troubles alimentaires (méthodes utilisées pour perdre du poids)*

Il en est de même concernant les méthodes de perte de poids. Plus les femmes ressentent des influences sociales pour perdre du poids et plus elles utilisent fréquemment et depuis longtemps des méthodes de perte de poids (annexe 62 et 63).

➔ Tous les indicateurs pris en compte montrent un lien relativement élevé entre les influences sociales ressenties pour perdre du poids et les troubles alimentaires. Ces résultats statistiques sont confirmés et précisés par les entretiens effectués auprès de femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires. La majorité avoue avoir été largement influencée par le modèle sociétal de la minceur. Divers aspects sont évoqués :

- la fascination pour les mannequins, stars de cinéma et l'adoration du contrôle qu'elles exercent sur elles-mêmes comme le dit Emilie :

« (...) Ca me fascinait un peu toutes ces stars déjà qui étaient de plus en plus maigres quoi. Ou bien par exemple, typique, Victoria Beckham je la trouve horrible, mais qui renvoie cette image d'être tellement sûre d'elle et puis contrôle d'elle, alors qu'elle est vraiment maigre comme un clou, mais qu'elle survit quand-même, je sais pas comment elle fait. Et enfin, c'est ce genre de femme, et pis c'était plus ça qui m'attirait... »

- l'influence des magazines ; presse people et starification, ou magazines de santé prônant des régimes pour l'été comme l'explique Margaux :

« - Donc là tu t'es beaucoup intéressée à tout ce qui est mannequin ?

- Ouais, et ça moi je m'en souviens même. Ça me révoltait parce que je sentais que ça formatait mon regard. Et puis une fois j'avais écrit à femme actuelle et puis je leur avais dit : mais arrêtez ! Je ne sais pas si j'ai gardé ce courrier, mais j'avais sorti ma colère : mais arrêtez de mettre des femmes maigres sur les revues, mais ça donne envie d'être maigre, c'est horrible ! Et puis à chaque fois, à chaque semaine, tu as une recette minceur, c'est... »

- Donc ça, ça t'as vraiment incité ?

- Ça nourrit le système en fait.
- Ouais l'envie.
- Je dirais pas que ça l'a enclenché, mais ça l'a nourrit. »

- l'univers de la mode et l'importance du look vestimentaire comme Ana :

- « - Quelle taille tu visais ?
- 36.
- T'étais vers du 38 tu voulais du 36 ?
- Ouais. »

- l'idéal de beauté recherché pour plaire au sexe opposé comme dans l'extrait à Juliane :

« (...) Parce que voilà aussi la femme c'est des images qui nous touchent plus que les hommes. (...) Mais je veux dire à l'époque c'était le message : il faut être mince pour être aimée ! Il faut être mince pour être belle ! »

La dépendance au regard des autres semble particulièrement forte puisque les remarques de la gente masculine (père, hommes) sont mentionnées de manière prépondérante comme élément important chez les femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires. Cette relation de dépendance au sexe opposé, père, frères ou amis dont les jugements comptent, rend ces femmes particulièrement vulnérables au moment de l'adolescence. Le regard paternel sur le développement corporel des femmes semble particulièrement important pour certaines comme le montre les extraits d'entretien suivants :

Margaux :

- « - Est ce que tu as eu des influences sur ton physique ? Des remarques qui ont fait que ça t'incitait à perdre du poids ?
- Oui énormément. Enfin énormément... On me disait toujours que j'étais. Enfin mon père me disait que j'étais ...Enfin je me souviens, il me tape sur la cuisse et me dit : Ouais, toi t'as de la bonne cuisse ! Ou alors ma tante qui me comparait beaucoup parce que j'ai une cousine qui est très fluette. Qui était très fluette et puis elle me comparait beaucoup, à me dire : Ah elle est plus costaud que Margaux, puis machin. Et puis le jour où j'ai eu les seins qui ont commencé à pousser, je me souviens : Ah mais regarde, elle commence à devenir une femme ! Mais ça, je ne l'accepte pas.
- Tu ne voulais pas devenir une femme ?
- J'ai beaucoup de mal avec cette féminité. »

Laure :

- Est-ce que tu as eu des remarques sur ton physique qui ont amené ce mal-être physique ?
- C'est vrai que j'ai mon père qui faisait beaucoup de remarques sur le corps qui changeait, à l'adolescence, la poitrine qui arrivait, ça me gênait terriblement. Il était très à tripoter ces filles « Oh ma petite chérie », truc donc j'ai horreur. Donc maintenant, je ne supporte plus que quelqu'un me touche, enfin j'ai de la peine avec ça. Tout ce qui a rapport au corps, tout ce qui est sexuel, ces choses là, pour le moment ce n'est même pas envisageable. Je me suis sentie violée en fait dans mon intimité.
- Mais il n'y a rien eu de plus que des attouchements comme ça ?
- Non, du tout. C'est plus des remarques et le ressenti que j'avais, quand on me faisait des bécotages dans les oreilles ou des choses comme ça.
- Et ça à l'adolescence ?
- Ouais. Disons que je n'y pensais pas beaucoup, mais par la suite ça m'a juste dégoûtée. Je me suis sentie violée et du coup c'est la même chose pour les aliments qui rentrent à l'intérieur de moi sans que je le veuille. Les

attouchements je ne les voulais pas. Je gueulais, je disais à mon père que ça m'énervait, mais il s'en foutait, il aimait ses filles, donc « mes petites chéries », et c'est quelqu'un de très tactile donc il ne pouvait pas s'empêcher. »

Fanny :

- « - C'est quoi que tu n'as pas aimé à l'adolescence, la prise de fesses, de seins ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'a déplu ? De devenir une femme ?
- Non, c'est des commentaires de mon père.
- Des commentaires liés à ton physique ?
- Oui. Je n'ai jamais pensé que je grossissais, mais quand mon père dis : tu dois avoir un problème, tu manges trop ! Ça ne m'était jamais venu à l'esprit, et je n'étais pas grosse. Mais depuis ce jour là...
- Tu as arrêté de manger ?
- Oui. »

Juliane :

- « - Donc tu as dit que tu avais reçu un peu des critiques de ton père, mais pas lié à ton physique ?
- Quand j'étais petite il m'avait dit... (...) Je ne pense pas avoir été grosse, mais c'est vrai que quand j'étais petite j'aimais bien les bonbons et je mangeais pas mal de bonbons. Et c'est vrai que plusieurs fois mon papa m'a dit : Arrête tu vas devenir grosse ! »

De la même manière certaines de ces femmes ont été particulièrement sensibles au regard de garçons qui comptaient pour elles, c'est le cas dans les extraits d'entretien suivants :

Laurence :

- « J'étais assez jeune en fait par rapport aux gens avec qui j'étais. J'étais très jeune et assez naïve aussi et je mettais des trucs super moulants. Et j'ai une fois un homme qui m'a vraiment je dirais blessée. Et je ne me rendais pas compte, il y avait vraiment cette naïveté, et d'un coup je me suis dit merde, il ne m'a pas du tout respectée, et en plus devant d'autres personnes et tout. Et je pense que c'était ça. (...) Mais voilà, et je n'ai pas voulu faire ce qu'il voulait, (...) il n'a pas accepté que je ne veuille pas faire ce qu'il voulait, et après je suis revenue à la rentrée... (...) Ouais j'avais une putain de réputation... Alors que c'était des choses qui ne s'étaient pas du tout passées, et je ne comprenais pas. (...) »

Fabia :

- « - Tu as eu des remarques sur ton physique ?
- Oui, toute mon adolescence.
- Des remarques de qui ?
- De ceux à l'école qui me traitaient de grosse. J'étais amoureuse d'un garçon et lui me traitait de grosse aussi. Parce que quand j'étais gamine, j'étais très bien dans ma peau. J'assumais mon petit poids ou ce que j'étais. J'étais fière de ce que j'étais. Et avec le déménagement ici et... Parce que j'ai eu un choc par rapport à la différence physique par rapport à l'Italie quoi. »

Camille :

- « - Tu as eu des remarques sur ton physique ? Dans l'enfance ? Dans l'adolescence ?
- Oui je pense que oui. (...), je sais que les 2-3 choses en 14 ans que mon mari a pu me dire qui m'ont blessées, c'était sur mon physique. Parce que ça j'ai du mal. Je pense que ça me heurte quand même.
- Que t'avais grossi, des choses comme ça qu'il a dites ?
- Ouais. »

Aurélien :

- « - Est-ce que tu as eu des remarques sur ton physique qui ont fait que tu ne t'es pas aimée ?
- Je pense ouais. Justement à dix-huit ans, quand j'avais repris un peu de poids j'ai eu des remarques. J'ai un homme qui m'a dit : Avant tu étais anorexique et

- maintenant t'as vu comme t'es ? Et moi je suis tellement sur l'apparence que ça m'a...
- C'est un avec qui t'es sortie ?
 - Non, non même pas. Et en plus je ne l'aimais pas ce gars.
 - Mais tu t'en souviens, ça t'a marqué ?
 - Ouais, c'est clair. »

Sinon, le milieu sportif comme paramètre déterminant du souhait de perdre du poids n'est mentionné que par une minorité de femmes dont Sandra :

- « - Et puis du coup, j'ai commencé à hésiter d'aller [à la danse] parce que c'était vraiment agaçant d'entendre : T'es grosse, tu as le cul qui sort... !
- Tu avais des remarques par tes camarades ?
 - Non.
 - Tes entraîneurs ?
 - Oui par l'entraîneur. Du coup elle me disait : Ne mange pas ! Mais je ne mangeais déjà pas, c'était ça le problème. Je ne pouvais rien faire. Et puis après, il y avait aussi les copines autour de moi : Ah mais t'es comme une grosse vache. »

Chez les femmes qui n'ont jamais eu de troubles alimentaires (n=15), 6 n'ont jamais ressenti d'influences pour perdre du poids. Toutefois, 7 relatent également une influence pour maigrir de la part de leur famille, précisant pour la plupart, qu'elles n'ont pas donné une signification négative à ces remarques décrites comme provenant de parents aimants et réconfortants face à la prise de poids pubertaire. De manière générale, ces femmes sont moins vulnérables et moins influencées par les remarques de tiers.

2.1.4.2. Rôle de la famille⁸

2.1.4.2.1. Contexte familial et troubles alimentaires

Au total 72.0% des femmes interrogées par questionnaire ont leurs parents qui vivent encore ensemble et 27.6% se trouvent dans une situation familiale différente : parents séparés, divorcés, père et/ou mère décédé, etc. (annexe 64b).

- *Contexte familial et troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Les femmes qui ont leurs parents qui vivent encore ensemble tendent à avoir moins de troubles alimentaires (un score à l'EAT-26 moins élevé) que les femmes qui ont une autre situation familiale : parents séparés, divorcés, décédés, etc. (t(1256)=1.74, p=0.08) (annexe 65).

Plus précisément, les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT $\geq$ 20) sont plus nombreuses à avoir des parents qui ne vivent pas ensemble que les femmes qui ne sont pas atteintes de troubles

alimentaires (35.1% vs 26.7% d'entre elles) (Chi²(1258)=4.15, p=0.04) (annexe 66).

- *Contexte familial et troubles alimentaires (méthodes de perte de poids)*

Les femmes qui vivent dans un contexte familial dont les parents ne vivent plus ensemble utilisent plus fréquemment de techniques de jeûnes (t(1234)=-1.99, p=0.046) et de vomissements provoqués ((t(1241)=-2.19, p=0.03) afin de perdre de poids que les autres. Aussi ces femmes utilisent depuis plus longtemps les techniques de jeûnes (t(1196)=-2.46, p=0.013) (annexe 67).

➔ Les femmes interrogées dont les parents sont séparés déclarent plus de troubles alimentaires. Les analyses d'entretiens montrent que le modèle traditionnel de la famille nucléaire (parents mariés) n'est plus dominant pour les femmes atteintes ou non de troubles alimentaires. Toutefois des différences émergent entre les deux groupes :

- les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires expliquent être (ou avoir été) très touchées par leur situation familiale. Leurs histoires familiales sont chargées et lourdes à supporter : c'est un poids dont elles ont (ont eu) de la peine à se détacher. D'ailleurs, les femmes ayant (ou ayant eu) des TCA et dont les parents ont divorcé durant la période de l'adolescence ont rapporté plus de difficultés à y faire face que les autres,
- les femmes n'ayant pas eu de troubles alimentaires relatent une certaine distance et indépendance face à leurs souffrances familiales. Elles sont attristées par leur vécu familial mais montrent du recul par rapport à leur histoire.

2.1.4.2.2. Niveau de formation des parents et troubles alimentaires

En ce qui concerne la formation du père (annexe 68) :

- 40.9% des femmes interrogées ont leur père qui a fait des études supérieures,
- 8.5% ont un père qui a fait une formation générale post-obligatoire,
- 20.6% ont un père qui a fait une formation professionnelle post-obligatoire,
- 23.5% ont un père qui a fait une formation obligatoire,
- 0.8% ont un père qui n'est jamais allé à l'école.

En ce qui concerne la formation de la mère (annexe 68) :

- 32.2% des femmes interrogées ont une mère qui a fait des études supérieures,
- 12.0% ont une mère qui a fait une formation générale post-obligatoire,
- 22.5% ont une mère qui a fait une formation professionnelle post-obligatoire,

⁸ Certains aspects du rôle des parents dans l'avènement et le développement des troubles alimentaires ont déjà été évoqués précédemment : chapitre 2.1.2. *Un mal être grandissant.*

- 28.9% ont une mère qui a une formation obligatoire,
- 1.5% ont une mère qui n'est jamais allée à l'école.

- *Niveau de formation des parents et score à l'EAT-26*

Le niveau de formation des parents n'est pas relié aux troubles alimentaires chez les femmes pratiquant des sports de remise en forme interrogées par questionnaire (annexe 69).

- *Niveau de formation des parents et méthodes de perte de poids*

Plus le niveau de formation de la mère est élevé et plus les femmes interrogées utilisent fréquemment ($r(1225)=0.06$, $p=0.04$) et depuis plus longtemps ($r(1182)=0.07$, $p=0.02$) des vomissements provoqués afin de perdre du poids (annexe 70). Plus le niveau de formation du père est élevé et plus les femmes utilisent depuis longtemps des diurétiques ($r(1160)=0.06$, $p=0.03$) afin de perdre du poids (annexe 70). Aucun lien significatif n'est observable avec les autres méthodes (annexe 70).

➔ Certaines méthodes de perte de poids sont plus utilisées et depuis plus longtemps lorsque le niveau de formation de la mère est élevé. Ces résultats se retrouvent dans certaines formes d'anorexie culturelle plus associées aux classes sociales élevées (Darmon 2003).

Par ailleurs, certaines femmes ($n=6$) ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires rapportent avoir ressenti des exigences élevées de la part de leurs parents pour réussir (scolairement, sportivement ou dans d'autres domaines). Elles expliquent cette extrême pression des parents comme un facteur influant de l'avènement des troubles alimentaires :

Ludivine :

« En fait, il y a eu beaucoup de pression de la part de ma mère. Je suis bien présente et puis elle voulait que je me prépare à avoir un corps parfait. Et puis je n'avais jamais entendu parler de régime à cette époque là » (...) « Pis bon, avant j'avais pas vraiment cette apparence là. J'étais beaucoup plus fine. Et ensuite, ma mère m'a foutu beaucoup de pressions là dessus : Ouais il faut arrêter de manger ! Le soir je ne comprends pas pourquoi tu te lèves et tout... Et pourtant ma mère a eu 9 ans de boulimie quand elle était jeune. »

Fanny :

« - Tu as eu des pressions pour la réussite par tes parents ?
- Oui, oui.
- Des attentes élevées ?
- De mon papa. Parce que lui était haut cadre dans une entreprise, donc moi je suis devenu, mon frère aussi, il faut avoir un certain statut social, une certaine voiture, et moi là personnellement j'ai complètement changé. Mon père pas du tout. Mais oui il avait des attentes. »

Emilie :

« - T'as eu des pressions parentales, au niveau des attentes qu'ils t'auraient mis au niveau scolaire ?
- Oui. Ma mère en fait elle me poussait énormément, il fallait toujours que je sois la première partout quoi. C'est même pas qu'elle me poussait, c'est qu'elle en était tellement fière que voilà quoi. D'ailleurs trop. C'est pour ça que j'ai un peu pété les plombs à l'entrée à l'âge

adulte parce que pour elle j'étais tellement sa fille parfaite, moi j'en avais marre qu'elle existe un peu qu'à travers mes exploits, enfin pas mes exploits mais... Elle parlait que de moi quoi, et moi j'en pouvais plus. Et du coup oui l'école c'était toujours naturel que je réussisse, mais elle me faisait bien comprendre que si je réussissais pas c'était un drame quoi. »

2.1.4.2.3. Antécédents de troubles alimentaires dans la famille et troubles alimentaires

Au total, 23.4% ($n=294$) des femmes interrogées par questionnaire ($n=1260$) ont au moins un membre de leur famille qui souffre (ou a souffert) de troubles alimentaires dans le passé. Ces troubles alimentaires relatés dans la famille des femmes interrogées concernent (annexe 71) :

- surtout la mère pour 8.7% des femmes interrogées,
- les frères ou sœurs pour 8.0% des femmes interrogées,
- une autre personne de la famille pour 4.9% des femmes interrogées (cousine, grand mère, tante, etc.),
- et le père pour 1.7% des femmes interrogées.

- *Lien entre troubles alimentaires dans la famille et troubles alimentaires chez les femmes interrogées (score à l'EAT-26)*

Les femmes qui ont déjà eu au moins un des membres de leur famille qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires ont plus de risque de développer des troubles alimentaires (un score à l'EAT-26 plus élevé) que les femmes qui n'ont aucun antécédent de troubles alimentaires dans leur famille (7 contre 10) ($t(1252)=4.73$, $p<0.001$) (annexe 72). Ceci est vrai pour les tous les membres de la famille identifiés dans le questionnaire (mère, père, frères ou sœurs, etc.).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus nombreuses à avoir au moins un membre de leur famille qui souffre (ou a souffert) de troubles alimentaires que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (18.4% vs. 8.0%) ($\chi^2(1, 1254)=25.13$, $p<0.001$) (annexe 73).

Plus précisément, les femmes qui ont des troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus nombreuses que les femmes qui n'ont pas de troubles alimentaires à avoir (annexe 74) :

- leur mère qui a (ou a eu) des troubles alimentaires (28.2% vs. 8.6%) ($\chi^2(1, 1254)=41.84$, $p<0.001$),
- leur frère ou sœur qui souffre (ou a souffert) de troubles alimentaires (19.0% vs. 9.5%) ($\chi^2(1, 1254)=8.94$, $p=0.0028$),
- une tendance seulement est observée concernant leur père ($p=0.11$).

- *Lien entre troubles alimentaires dans la famille et troubles alimentaires chez les femmes interrogées (méthodes utilisées pour perdre du poids)*

Les femmes qui ont un des membres de leur famille qui souffre (ou a souffert) de troubles alimentaires

utilisent plus fréquemment et depuis plus longtemps les techniques de jeûnes et de vomissements provoqués afin de perdre du poids. Par contre, aucune différence significative n'est observable concernant la fréquence et la durée d'utilisation des autres méthodes (annexe 75a).

• *Lien entre troubles alimentaires dans la famille et les influences sociales perçues à perdre du poids*

Les femmes qui ont des antécédents de troubles alimentaires dans leur famille (père, mère ou fratrie) ressentent plus d'influences sociales à perdre du poids que les autres (annexe 75b pour plus de précisions).

➔ Nos résultats (statistiques et analyses d'entretiens) indiquent un lien entre les troubles alimentaires chez les femmes interrogées et les troubles alimentaires chez un membre de leur famille. Cela suggère une culture familiale du régime et du corps, principalement chez les femmes dont ce sont les mères qui souffrent (ou ont souffert) de déviations alimentaires. Les extraits d'entretien suivants soulignent le lien entre les femmes ayant (ou ayant eu) des TCA et leur mère :

Ana :

- « - Est-ce que dans ta famille tu as des antécédents de troubles alimentaires ? Je sais pas ta mère tu disais qu'elle était un peu forte, est-ce que je sais pas... Elle a fait des régimes à répétition ?
- Oui elle a fait des régimes mais ça n'a jamais marché. Mais, enfin elle est pas ronde elle est vraiment très grosse. »

Sandrine :

- « - Tu as eu des antécédents de troubles alimentaires dans ta famille ?
- Non.
- Ta mère a fait souvent des régimes ?
- Ouais. Elle faisait des régimes, elle avait une tendance à prendre du poids. Donc elle a fait attention, passé d'un régime à un autre, comme ça quoi.
- Donc tu as vécu dans un contexte où quand même on faisait attention à son poids.
- Enfin surtout ma mère, parce qu'elle était de temps en temps en surpoids, donc pour elle, elle faisait des régimes. »

Léa :

- « - Tu as eu des antécédents de troubles alimentaires dans ta famille ?
- Oui. Ma maman, ma cousine, ... Je pense qu'il y a eu une lignée de femmes qui ont été...
- (...) Et ta mère avait eu de l'anorexie avant que tu tombes dans l'anorexie ?
- Ouais, avant de m'avoir, juste avant de m'avoir.
- Pendant sa grossesse ?
- Non juste avant.
- Et donc elle t'en avait parlé ? Comment tu l'as su ?
- Elle n'a jamais dit le mot anorexie. Mais il faut dire qu'à l'époque ils ne l'ont pas dit non plus parce que ça n'existait pas. Donc pour elle, c'était des troubles du sang ou je ne sais pas trop quoi. Elle perdait des globules, enfin... Ils lui ont toujours expliqué un truc qui n'était pas vraiment ça. Maintenant, quand j'ai été malade elle m'a dit : Mais moi j'ai été anorexique, c'est exactement ça que j'ai eu ! C'est dans la famille.
- (...) Tu as vu souvent ta mère faire des régimes des choses comme ça ?

- Oui. Mais pas que ma maman, mon papa aussi. Les deux. Je dirais même que mon papa était presque pire.
- Donc tu as été élevée dans une famille où on fait attention ?
- Mais non il n'y avait que lui qui faisait, il ne nous imposait jamais leur régime. Mais moi je me rappelle d'un temps, on était tout petit et il faisait le régime Atkins, je ne sais pas si tu connais. Il avait enlevé tout le sucre. Donc il y avait des espèces de sucrettes qui arrivaient à la maison, des trucs comme ça. Mais il n'y avait que lui qui faisait, il ne nous imposait pas le régime à toute la famille, mais nous on trouvait ça juste un peu spécial. Puis à un moment donné c'était le poisson, il ne fallait manger que du poisson à l'eau, mais c'était que lui, il se mangeait son petit truc et tout. On trouvait ça super spécial.
- Ouais donc dans une famille où quand même la nourriture est...
- Ouais il y a un rapport à la nourriture un peu spécial. Même mes grands-parents, parce que ma maman me racontait que même ses parents à elle étaient un peu spéciaux aussi.
- Donc quand même ça se transmet de génération en génération.
- Ouais, ça se transmet. »

Ludivine :

- « - Donc tu m'as dit que ta mère avait eu des crises de boulimie pendant 8-9 ans ?
- Ouais. »

Elisa :

- « Une de mes sœurs est anorexique, mais une vraie on va dire, et elle m'avait dit qu'effectivement elle avait utilisé des laxatifs, mais que c'était une connerie parce qu'on se bousillait le corps, et je suis tout à fait d'accord avec cette idée aussi. »

2.1.4.2.4. *Antécédents de troubles psychologiques dans la famille et troubles alimentaires*

Au total, 33.4% des femmes interrogées par questionnaire (n=1270) ont au moins un des membres de leur famille qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques (états dépressifs, phobies, obsessions compulsives, etc.) (annexe 76). Plus spécifiquement :

- 15.3% des femmes ont leur mère qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques,
- pour 9.5% des femmes, ce sont leur père,
- pour 10.7% des femmes, ce sont leur frère ou sœur,
- pour 4.7% des femmes, ce sont au moins un autre membre de la famille plus éloigné.

• *Lien entre troubles psychologiques chez un membre de la famille et troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Les femmes qui ont au moins un membre de leur famille qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques ont plus de troubles alimentaires (ont des scores plus élevés à l'EAT-26) que les femmes qui n'ont aucun membre de leur famille qui a des troubles psychologiques (9.6 vs 6.7) ($t(1253)=-4.008, p<0.001$) (annexe 77).

Les résultats des tests sont significatifs pour chacun des membres de la famille identifiés dans le questionnaire : les femmes qui ont leur mère, leur

père, leur frère ou sœur, ou un autre membre de la famille qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques ont des scores à l'EAT-26 plus élevés que les femmes qui n'ont pas un de ces membres de leur famille qui souffrent de troubles alimentaires (annexe 78).

Aussi, les femmes qui ont des troubles alimentaires ($EAT \geq 20$) sont plus nombreuses à avoir au moins un membre de leur famille qui a (ou a eu) des troubles psychologiques (49.2% vs. 31.7%) ($\chi^2(1255)=15.88$, $p<0.001$) (annexe 79).

Plus précisément, les femmes atteintes de troubles alimentaires sont plus nombreuses que les femmes non atteintes de troubles alimentaires à avoir (annexe 80) :

- leur mère qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques (25.0% contre 14.2%) ($\chi^2(1255)=10.35$, $p=0.0013$),
- leur père qui a (ou a eu) des troubles psychologiques (17.2% contre 8.7%) ($\chi^2(1255)=9.58$, $p=0.0020$),
- leur frère ou sœur qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques (18.8% contre 9.9%) ($\chi^2(1255)=9.49$, $p=0.0021$),
- aucun lien n'est observé avec un autre membre de la famille ($p=0.19$).

- *Lien entre troubles psychologiques chez un membre de la famille et troubles alimentaires (méthodes utilisées pour perdre du poids)*

Les femmes qui ont au moins un membre de la famille qui souffre (ou a souffert) de troubles psychologiques utilisent plus fréquemment et depuis plus longtemps les méthodes de jeûnes et de vomissements provoqués pour perdre du poids. Par contre aucune différence n'est observable pour les autres méthodes mesurées par le questionnaire (annexe 81).

Plus spécifiquement, des différences sont observables (annexe 82) :

- si la mère a (ou a eu) des troubles psychologiques : les femmes utilisent dans ce cas-là depuis plus longtemps les jeûnes ($t(1192)=-2.53$, $p=0.012$),
- si le père a (ou a eu) des troubles psychologiques : les femmes utilisent dans ce cas-là plus fréquemment les jeûnes ($t(1231)=-2.91$, $p<0.001$) et les vomissements ($t(1238)=-2.75$, $p=0.006$) et depuis plus longtemps les vomissements provoqués pour perdre du poids ($t(1193)=-2.91$, $p=0.004$),
- si le frère ou la sœur a (ou a eu) des troubles psychologiques : les femmes utilisent dans ce cas-là depuis plus longtemps les jeûnes ($t(1192)=-2.76$, $p=0.006$) et des vomissements provoqués pour perdre du poids ($t(1193)=-2.86$, $p=0.004$),
- si un autre membre plus éloigné de leur famille a (ou a eu) des troubles psychologiques : les femmes utilisent dans ce cas-là plus fréquemment les jeûnes ($t(1231)=-2.09$, $p=0.04$) et les

vomissements provoqués ($t(1238)=-2.68$, $p=0.007$) et depuis plus longtemps ces deux méthodes pour perdre du poids (vomissements provoqués : $t(1193)=-2.17$, $p=0.03$; jeûnes : $t(1192)=-2.73$, $p=0.006$).

➔ Nos résultats indiquent un lien entre les troubles alimentaires chez les femmes interrogées et d'autres troubles psychologiques identifiés dans leur famille (états dépressifs, phobies, obsessions compulsives, etc.). Il est possible de parler d'un héritage familial ou d'une transmission de ces troubles. Fanny explique :

« - Dépression ?

- Dépression, je suis convaincue que ma maman est bipolaire. J'en suis convaincue. C'est psychotique ! C'est d'une seconde à l'autre que ça switch et c'est très dur à gérer. Et moi, je suis une personne qui prend tout sur moi, et je me culpabilise pour tout. Et quand j'étais jeune, j'ai tout pris ça sur moi.

- C'était difficile ?

- Oui. »

2.1.4.3. L'adhésion aux stéréotypes de genre

NB théorique :

Le concept de genre fait référence aux attributs psychologiques, aux activités, rôles et statuts sociaux culturellement assignés à chacune des catégories de sexe (masculin et féminin) (Hurtig, Kail et al. 2002). Ainsi, les termes de masculinité et de féminité sont employés pour faire référence aux rôles et aux traits psychologiques liés respectivement aux hommes et aux femmes (Fontayne Paul 2001). Par exemple, les stéréotypes de genre attribués aux femmes sont représentés par des adjectifs comme patiente, douce, aimante, affectueuse, intuitive, imaginative, sentimentale, inconstante, vulnérable, docile, soumise et émotionnelle. A contrario, les stéréotypes de genre pour les hommes sont caractérisés par des adjectifs tels que confiant, sûr de soi, courageux, aventurier, rationnel, analytique, compétent, fort, responsable, ambitieux, agressif, impatient, arrogant, égoïste et autoritaire (Gaborit 2009).

Chaque personne peut avoir un niveau plus ou moins élevé de masculinité et de féminité quel que soit son sexe biologique. Communément, on distingue quatre catégories de sexualité psychique (Fontayne Paul 2001) (Bem 1981) :

- les individus typés « masculin » qui s'identifient aux rôles et traits psychologiques caractéristiques masculines et rejettent les caractéristiques féminines,
- les individus typés « féminin » qui adhèrent aux rôles et traits psychologiques caractéristiques féminines et rejettent celles masculines,
- les individus « androgynes » qui adhèrent aux rôles et traits psychologiques qui caractérisent à la fois masculines et féminines,
- les individus « non-différenciés » qui ne s'identifient pas aux rôles et traits psychologiques caractéristiques de la masculinité comme de la féminité.

Les théories socioculturelles expliquent la relation entre le rôle de genre et les troubles du comportement alimentaire de deux manières (Johnson and Petrie 1995). D'une part, la théorie des divergences (« discrepancy theory ») postule que les qualités masculines seraient un facteur important dans le développement de troubles alimentaires. En effet, les femmes seraient en conflit avec les demandes incompatibles de la société qui prônent à la fois des qualités professionnelles masculines et des qualités féminines traditionnelles d'épouse et de mère. En fait, les troubles alimentaires se développeraient chez une femme lorsque l'écart de perception entre l'idéal et l'auto-évaluation de ses qualités masculines serait trop grand.

D'autre part, la théorie de la féminité (« femininity theory ») affirme que les femmes avec des troubles anorexiques s'enferment dans un rôle stéréotypé féminin qui correspond à des traits de personnalité tels que la passivité, la dépendance, la recherche de l'approbation d'autrui. En fait, le désir de maigrir représenterait l'envie exagérée de correspondre à l'idéal féminin.

Les femmes interrogées par questionnaire ont des scores de féminité plus élevés ($M=24.7$, $ET=3.8$) que les scores de masculinité ($M=18.4$, $ET=4.2$) (annexe 83).

Les femmes se répartissent dans les quatre groupes de genre de la manière suivante (annexe 84):

- 31.7% d'entre elles sont des femmes typées féminines (adhésion aux stéréotypes de féminité),
- 17.9% d'entre elles sont des femmes typées masculines (adhésion aux stéréotypes de masculinité),
- 26.5% d'entre elles sont des femmes non différenciées (non adhésion aux stéréotypes de masculinité et féminité),
- 22.7% d'entre elles sont des femmes androgynes (adhésion aux stéréotypes de masculinité et de féminité).

- *Lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Il existe un lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et les troubles alimentaires : plus les femmes adhèrent aux stéréotypes de masculinité et moins elles ont des troubles alimentaires ($r(1251)=-0.13$, $p<0.001$) (annexe 85). En effet, plus le score de masculinité est élevé et moins les troubles alimentaires sont élevés, cela quel que soit le score de féminité ($F(2, 1248)=10.54$, $p<0.00003$, $R^2=0.017$) (annexe 86).

D'ailleurs, les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT-26 ≥ 20) ont un score à

l'échelle de masculinité significativement plus faible que les femmes non atteintes de troubles alimentaires ($t(1123)=2.88$, $p=0.004$). Par contre aucune différence significative n'est observable concernant le score de féminité ($p=0.82$) (annexe 87).

D'une autre manière, la comparaison des différents groupes de genre d'appartenance montre que les femmes typées féminines ($M=8.0$, $ET=9.9$) et non différenciées ($M=8.3$, $ET=10$) ont plus de troubles alimentaires (des scores à l'EAT-26 significativement plus élevés) que les femmes typées masculines ($M=6.7$, $ET=7.9$) et androgynes ($M=6.7$, $ET=8.4$) ($F(3 ; 1247)=2.70$, $p=0.04$) (annexe 88).

Toutefois, aucune différence d'appartenance aux quatre groupes de genre n'est observable entre les femmes atteintes ou pas de troubles alimentaires ($\chi^2(3, 1251)=1.97$, $p=0.58$).

- *Lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et les troubles alimentaires (méthodes utilisées pour perdre du poids)*

Le lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et la fréquence d'utilisation des méthodes de perte de poids se résume dans le tableau 4 suivant (annexe 89) :

	Fréquence régimes	Fréquence Jeûnes	Fréquence vomissements	Fréquence laxatifs	Fréquence diurétiques	Fréquence coupe-faim
Plus le score de masculinité est élevé	↘ ($p<0.001$)	↘ ($p<0.05$)	↘ ($p<0.05$)	Ø	Ø	Ø
Plus le score de féminité est élevé	Ø	Ø	Ø	↘ ($p<0.01$)	Ø	↘ ($p<0.001$)

Tableau 4 : adhésion aux stéréotypes de genre et fréquence d'utilisation des méthodes de perte de poids

Ø=non significatif ; ↘ corrélation entre les variables en ligne et en colonne (plus le score de masculinité ou de féminité est élevé, plus la fréquence des régimes, jeûnes, etc. baisse)

Plus précisément, les résultats montrent que :

- plus les femmes adhèrent aux stéréotypes de masculinité (soit le score de masculinité est élevé) et moins elles ont recours aux méthodes de perte de poids suivantes, ceci quel que soit le score de féminité :
 - o les régimes : ($F(2 ; 1238)=11.64$, $p<.001$, $R^2=0.018$) (annexe 90a),
 - o les jeûnes : ($F(2 ; 1238)=2.32$, $p<.098$, $R^2=0.018$). (annexe 90b),
 - o les vomissements provoqués ($F(2 ; 1245)=2.6$, $p<.07$, $R^2=0.004$). (annexe 90c).
- plus les femmes adhèrent aux stéréotypes de féminité (soit le score de féminité est élevé) et moins elles utilisent fréquemment les méthodes de perte de poids suivantes, ceci quel que soit le score de masculinité :
 - o les laxatifs ($F(2 ; 1246)=4.37$, $p<.013$, $R^2=0.007$) (annexe 90d),

- o les coupe-faim ($F(2 ; 1245)=5.45$, $p<.004$, $R^2=0.008$) (annexe 90e),

- o pour l'usage de diurétiques, la régression n'est pas significative ($p<0.39$) (annexe 90f).

Concernant la comparaison des quatre groupes de genre, seule une différence significative est observable concernant les régimes : les femmes non différenciées ($M=1.9$, $ET=1.2$) et typées féminines ($M=1.8$, $ET=1.1$) utilisent plus fréquemment les régimes que les femmes androgynes ($M=1.6$, $ET=1.0$) et typées masculines ($M=1.6$, $ET=1.0$) ($F(3 ; 1232)=5.0$, $p=0.0019$) (annexe 91a). Aucune différence significative entre les quatre groupes de genre n'est observable concernant les jeûnes, les vomissements provoqués, les laxatifs, les diurétiques et les coupe-faim.

NB : Au vue des résultats proches obtenus pour les variables de fréquence et de durée d'utilisation des

méthodes de régime, nous n'avons pas intégré les analyses pour la durée de l'utilisation des régimes.

- *Lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et les influences sociales perçues*

Il existe un lien entre l'adhésion aux stéréotypes de genre et les influences sociales ressenties pour perdre du poids : plus les femmes adhèrent aux stéréotypes de masculinité et moins elles ressentent des influences pour perdre du poids de la part de la famille ($p=-0.07$), des entraîneurs/coachs ($p=-0.06$), des amis non sportifs ($p=-0.05$) et des médias ($p=0.1$) (annexe 91b). Plus précisément et ceci quel que soit le score de féminité, moins le score de masculinité est élevé et plus les filles ressentent de la pression pour perdre du poids de la part de la famille ($F(2,1249)=5.6$, $p<0.03$, $R^2=0.008$), des entraîneurs/coachs ($F(2,1243)=2.7$, $p<0.06$, $R^2=0.004$) et des médias ($F(2, 1248)=6.44$, $p<.002$, $R^2=.010$) (annexe 91b).

➔ Il existe une relation négative entre les troubles alimentaires et la masculinité. En effet, c'est

seulement la variable de la masculinité qui est un indicateur des troubles du comportement alimentaire, non pas celle de la féminité. Cela peut s'expliquer par les changements profonds du rôle de la femme au cours de ces dernières décennies. En effet, les femmes subissent une double contrainte : une exigence de se conformer à des qualités professionnelles associées aux hommes (autonomie, responsabilité, ambition), mais aussi à des qualités traditionnellement attribuées aux femmes, sur le registre stéréotypé du mince et sexy, et aux mères supposées être douces et aimantes. Ce discours renvoie aux analyses développées dans la théorie des divergences (« Discrepancy Theory ») présentée en introduction à ce sous-chapitre.

Tous ces résultats montrent bien que l'adhésion aux stéréotypes masculins est déterminante des perceptions, attitudes et comportements. La non adhésion aux stéréotypes de masculinité augmente le risque de troubles alimentaires, ceci plus que l'adhésion aux stéréotypes de féminité.

2.2. Processus d'engagement dans les pratiques alimentaires déviantes (résultats issus des questionnaires et des entretiens)

Points clés : Le processus d'engagement dans des pratiques alimentaires déviantes débute, dans la plupart des cas, par **une période de perte de poids** (volontaire ou non). L'analyse des entretiens montre que la perte de poids est désirée et recherchée suite à une prise de poids, réelle ou perçue. C'est le régime alimentaire qui est utilisé comme premier moyen pour maigrir (sauf pour un cas qui a privilégié l'intensification de la pratique sportive).

Ensuite, les répondantes expliquent avoir été prises dans un engrenage les menant à vouloir perdre toujours plus de poids.

Deux types de comportements inter-reliés et caractéristiques des troubles alimentaires (de type anorexique) sont observés :

- **Un comportement ascétique** : le besoin de maîtrise et de contrôle apparaît et se manifeste à travers leur rapport à l'alimentation, au corps, aux autres, aux activités scolaires et/ou professionnelles, etc.

- **Un comportement obsessionnel** : parallèlement, ces femmes développent des pensées obsessionnelles face à la nourriture et au corps, qui deviennent des éléments prioritaires et centraux de leur vie.

2.2.1 Une entrée dans les troubles alimentaires par un régime

Dans cette étude, la méthode du régime constitue le premier moyen utilisé dans le processus menant les femmes au développement des troubles alimentaires. Les causes de leurs régimes sont toujours relatives à un mal-être physique, psychique et/ou social. Le régime est défini comme tous moyens (restriction alimentaire ou diète spéciale) visant la perte de poids.⁹

L'exemple d'un régime commencé pour pallier à un mal-être physique (Julie) :

« - J'ai toujours été un peu ronde. (...) Je faisais 55 (... pour) 1m53. (...) Donc j'ai décidé de faire attention un peu pour l'été et en fait... (...) A un moment, j'avais perdu 20 kg. »

⁹ Le schéma est le suivant : suite à une prise de poids réelle ou perçue, les femmes interviewées déclarent avoir recherché la perte de poids comme solution pour pallier à leur mal-être physique, psychique et/ou sociale. En fait, ces restrictions alimentaires prennent le statut de solution à leurs problèmes.

Remarque : seule une fille (Hélène) explique ne pas avoir fait de régime. Son engagement dans les troubles alimentaires s'est fait par une perte de poids apparemment involontaire.

L'exemple d'un régime commencé pour pallier à un sentiment d'isolement social (Laure) :

« Alors ce qui a déclenché oui, c'était que je ne m'acceptais pas. Disons que je n'avais pas beaucoup d'amis, et je me disais que pour me faire accepter, il faudrait que je perde un peu de poids, parce que je me trouvais un peu rondelette. Je faisais 45 kg à l'époque, et je me disais : pour être acceptée, si je perds du poids je serai bien. Je pensais que je serai bien à tous les niveaux, à l'école. Et en fait je suis partie là-dedans et ça n'a pas du tout été mieux. »

L'exemple d'un régime commencé pour pallier à un mal-être psychologique (Emilie) :

« Moi vraiment j'ai remarqué la nourriture c'était vraiment, c'était mettre un mot sur mon mal-être, et puis je trouvais pas vraiment ma place dans cette société un peu, alors que je m'étais jamais posée la question un peu du sens de la vie. Et puis c'était vraiment ça un peu que je suis rentrée là-dedans. Puis après il y a surtout ma mère en fait qui a toujours été malade et qui a attrapé son cancer et pis bon j'ai perdu ma mère il y a 4 ans, et du coup la nourriture c'était vraiment un peu ma bulle d'oxygène qui m'a permis un peu de survivre et tout ça quoi. »

Mais ensuite, les femmes racontent avoir été prises dans un engrenage les amenant à vouloir toujours perdre plus, au-delà même des limites qu'elles s'étaient fixées au préalable (si elles s'en étaient fixées). Au début, c'est souvent la satisfaction d'avoir réussi à perdre du poids qui les incite à poursuivre leurs efforts, mais aussi la constatation de leur mal-être persistant malgré leur perte de poids qui les amène à continuer. Justine explique :

« (...) Vraiment ces deux kilos de départ, et après je me suis dis : cool je peux, peut-être essayer d'avoir le ventre plat ! Alors que je ne devais pas l'avoir vraiment rond avant mais... (...) Mais après tu perds aussi les formes de femme, donc tu deviens rachitique, et puis voilà. Je me disais : peut-être que je me trouverai un peu plus mignonne. Mais en fait, je ne me suis jamais trouvée vraiment plus mignonne. Puis l'engrenage il est là jusqu'à un moment donné où effectivement la balance elle te montre que c'est un poids quand même très bas. Et pour finir, tu as tes proches aussi qui s'inquiètent, et que te disent : mais qu'est-ce que tu fais ? Et c'est vrai que quand tout d'un coup j'ai pris conscience que si je continuais il y avait la mort, et ce n'était pas ce que je voulais, et c'est ça, si tu veux, qui m'a fait... Toucher le fond et ressortir la tête de l'eau. »

Parallèlement, c'est une jouissance de pouvoir contrôler son corps et son poids qui émerge et qui les entraîne dans un cercle vicieux de la perte de poids absolue. Un sentiment de toute puissance est ressenti et leur rapport à la nourriture et au corps devient obsessionnel. L'alimentation est de plus en plus restrictive jusqu'à la restriction totale (le jeûne) dans le pire des cas. L'extrait d'entretien à Juliane est un exemple :

« - Ton régime ça a commencé comment ?

- En fait j'ai commencé à enlever les trucs sucrés et les trucs gras. Et après ça a été les protéines. Et après ça a

été les féculents, et il ne restait plus que les légumes et les fruits, et un jour j'ai arrêté les légumes et les fruits. »

Ainsi, les troubles alimentaires se développent et d'autres méthodes de perte de poids sont utilisées comme les laxatifs, les diurétiques et/ou les vomissements provoqués. De la même manière, la pratique sportive intensive est également la plupart du temps utilisée comme une méthode de perte de poids, ceci bien que son usage révèle différentes significations.¹⁰

En comparant les régimes effectués par les femmes atteintes de troubles alimentaires et non atteintes de troubles alimentaires, il est à relever que le type de régime n'a pas d'influence sur l'apparition du trouble alimentaire. En effet, chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires comme chez les autres, certaines ont fait appel à des diététiciens ou des nutritionnistes, d'autres ont procédé à des diètes spéciales (« Weight Watchers® », « Atkins® », ou des substituts de repas), et quelques unes ont simplement progressivement réduit leurs apports alimentaires (d'abord en sucre puis en graisse ou inversement).

A l'inverse, la durée, l'intensité et la progression du régime diffèrent entre les femmes atteintes ou non de troubles alimentaires. En effet, c'est dans le nombre de kilos perdus et surtout la rapidité avec laquelle ces kilos ont disparus que les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires se distinguent. Toutes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires affichent une perte de poids conséquente en un temps record, comme dans l'exemple du cas d'Antonia qui a perdu 18 kilos en 6 mois. La perte de poids s'est avérée trop rapide.

A l'inverse, les femmes sans troubles alimentaires ont eu une perte de poids moins conséquente étalée sur une plus longue durée. Leurs restrictions alimentaires ont été progressives et lentes visant une perte de poids durable sur le long terme. Elles ont su s'arrêter lorsqu'elles avaient perdu ce qu'elles voulaient. Au contraire, il semblerait que chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires, le seul but du moment ait été la perte de poids visant ainsi à perdre beaucoup très rapidement. C'est ainsi qu'elles n'ont pas réussi à s'arrêter.

L'attitude d'une fille commençant un régime et sa manière d'aborder la perte de poids semble être un bon indicateur des prémisses de troubles alimentaires. En effet, un comportement où la perte de poids devient obsessionnelle, élément central de la vie, ceci avec une restriction alimentaire radicale quasiment du jour au lendemain, est un signe d'entrée dans une déviance alimentaire. En revanche, un objectif de perte de poids sur le long terme, une vie d'adolescente qui ne se focalise pas sur son régime et une restriction alimentaire progressive et raisonnable ne conduit pas aux TCA.

¹⁰ Pour plus de précisions, se référer au chapitre 2.3.
Utilisation de la pratique sportive dans les troubles alimentaires : typologie des profils.

2.2.2 L'ascétisme

NB théorique :

L'ascétisme est défini par le contrôle de soi et la substitution du devoir au plaisir, ou à l'envie, comme guide explicite ou implicite des pratiques. Selon Buckroyd (1997), le contrôle occupe une place centrale dans le comportement anorexique et « constitue sans doute le concept le plus fort, largement connu et reconnu de tous les spécialistes des troubles des conduites alimentaires » (Darmon 2010).

Dans les entretiens, les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires adoptent des comportements ascétiques dans leur phase anorexique. Certains entretiens laissent entrevoir que les régimes et autres méthodes de perte de poids utilisées (vomissements provoqués, pratique sportive intensive, etc.) sont des moyens pour agir sur leur corps, contrôler, maîtriser et dominer leur corps. Les extraits d'entretien suivants sont représentatifs :

Virginie:

« - Enfin, c'était quoi le but de ne pas beaucoup manger ?
- Je pense que ce n'était pas vraiment lié au sport, mais peut-être sentir d'avoir un contrôle sur soi-même, peut-être. Et le fait de perdre du poids, bon c'est difficile à dire, parce que ça peut être une conséquence, ça peut être une cause... »

Antonia :

« Voilà. Et cette envie de dominer en fait, de dominer mon esprit et mon corps, c'est ça. »

Fanny:

« (...) Je préfère les sports individuels où je peux vraiment me pousser, me punir si nécessaire. Contrôler, vraiment contrôler, ça c'est le bon mot (...) Donc c'est là où j'ai appris à dominer les vomissements. »

Les discours des femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires nous montrent que les jeunes femmes, dans leurs phases anorexiques, déplacent les normes alimentaires et corporelles ordinaires pour se créer leurs propres normes. Le récit de Léa est éclairant de ce processus dans lequel s'immerse le sport :

« - Et le 15 janvier j'ai dit à mes copines : Cette année j'aimerais bien perdre un peu de poids pour aller à la piscine et tout ça. Et bon cette perte de poids s'est avérée vachement sévère, et je pense qu'au mois de mai ça devenait déjà compliqué quoi. Ce n'était pas seulement de maigrir, mais mon caractère changeait et peut-être mon rapport à la nourriture. Du coup, je devenais très agressive avec mes parents. Il ne fallait pas que ma mère mette du beurre, enfin tout devait changer dans sa manière de cuisiner. La maladie s'installait. (...) Alors ce n'est pas vraiment que je ne mangeais plus, mais je contrôlais tout ce que je mangeais. Je mangeais moins, de moins en moins. Je faisais beaucoup de sport. Je commençais à être tout le temps derrière ma maman pour voir ce qu'elle faisait. C'est moi tout d'un coup qui me mettait à faire à manger pour tout le monde et moi je ne mangeais pas. C'était un rapport qui devenait tout d'un coup difficile. Et ça se sentait, c'était palpable dans l'ambiance, parce que je mettais une ambiance tendue dans la maison. (...) Et puis petit-à-petit... Ce qui est bizarre dans mon anorexie, c'est que j'ai toujours mangé quoi. Parce que moi, je suis quelqu'un qui adore manger à la base. D'ailleurs c'est pour ça que je faisais du sport, comme ça je pouvais quand même un peu manger. J'ai toujours mangé, mais c'est dans les quantités que c'était... peut-être une cuillère de riz... Et un truc que

j'ai toujours beaucoup mangé, c'était le pain. (...) Et après j'ai toujours eu un rapport un peu spécial. Par exemple, un temps je mangeais, je pouvais manger des bacs de glace entiers. (...) C'est pour ça que j'ai utilisé le sport, parce que je trouvais que ça c'était quand même sain. C'était toute une logique, qui était folle, mais c'était la mienne. »

Remarque : cette analyse se retrouve chez Tinat (2006) qui explique que « l'expérience anorexique conduit à penser que les femmes manipulent les normes alimentaires et corporelles pré établies par la société, renversent les règles des repas familiaux afin de se créer d'autres normes susceptibles de satisfaire leurs désirs d'indépendance, de liberté et de maîtrise de soi. Chez ces jeunes femmes, tout mène à penser que les normes qu'elles se recréent sont hors normes, que le contrôle, si extrême vis-à-vis de la nourriture et de leur corps, fini par être incontrôlable. » (Tinat 2006)

L'ascétisme de nos interviewées se manifeste au travers de :

- **L'alimentation** : elles ont adopté un type d'alimentation rationalisé et quantifié, voire salvateur (comme l'Ananas brûleur de graisse). Elles utilisent des techniques et stratégies pour manger moins et cacher le refus de s'alimenter aux autres. Les extraits d'entretien suivants l'illustrent :

Julie :

« - Enfin t'essayais de calculer ?

- Ouais, ouais. En fait c'est vraiment parti que j'aime contrôler. Puis, on m'avait dit genre 1000 calories par jour c'est ce qu'il faut pour faire un régime. Donc au début je faisais vraiment ça. Puis c'est vrai que...
- Après tu t'es dit : je peux faire avec 800, je peux faire avec 600 ?
- Oui. »

Céline :

« Je mangeais très peu pimenté jusqu'à ce que je fasse un régime. Car en fait, je pense que ça te coupe la faim beaucoup plus vite. Si tu pimentes beaucoup un plat, même trop, ça t'arrache la gueule et tu vas en manger qu'une assiette. Et quand j'allais pas bien, je faisais exprès trop fort, comme ça je m'arrêtais avant car j'avais la gueule en feu. »

Léa :

« Voilà. Et puis le truc c'était les horaires. J'avais des horaires hyper contraignants. Je pouvais manger par exemple si j'avais faim à 16h je me disais non parce qu'à 19h je dois manger, mais pas à 4h, c'est impossible. Des horaires très stricts etc. Et puis je devais manger à 19h pile, je ne devais manger ni avant, ni après. »

- **Du corps** ; Elles ont recherché la transformation corporelle ; un corps maigre et souvent musclé. La maîtrise du corps se matérialise par différentes pratiques telles que les pesées, les pratiques sportives, les méthodes compensatoires de perte de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, etc.). Les extraits d'entretien suivants l'illustrent :

Laure :

« Ben c'était l'euphorie en fait, de voir que sur la balance il y avait chaque fois un peu moins. Et les jours où je prenais un peu, enfin pour moi prendre un peu c'était 100 grammes, 200 grammes, je demandais autour de moi si on voyait qu'il y avait eu un changement par rapport au corps, et non. Mais c'était une dure bataille, parce que je prenais des amaigrissants aussi, enfin des coupe-faim, toute la panoplie. Et maintenant je me rends compte que ça coupe faim au porte-monnaie mais pas vraiment au corps. »

Justine :

« - Tu n'as pas utilisé le sport pour maigrir ?

- Non.

- C'était une composante de la maladie pour contrôler ton corps ?

- Exactement. C'est arrivé plus ou moins au milieu ; j'ai chuté au niveau du poids et là j'ai commencé à faire du sport quand j'avais vraiment un poids bas. Et quand j'ai commencé à aller mieux, mais avec des périodes vraiment soit rien soit tout, et là de nouveau je l'ai arrêté. Donc je l'ai vraiment eu au moment où j'avais l'impression à ce moment là de maîtriser au mieux mon corps. »

Elisa :

« - Donc tu ne faisais pas le sport pour encore perdre du poids, tu faisais du sport pour muscler, pour cacher ta maigreur ?

- Non c'était pour muscler, bon avec toujours l'envie de perdre, on veut toujours en perdre plus.

- Muscler et perdre du poids quand même ?

- Ouais. Et toujours avec ce petit délire : tiens je n'ai mangé qu'une soupe de légumes à midi et là j'ai passé trois quarts d'heure sur les machines, et je n'ai pas faim, ouais ! C'est vraiment ce qu'on lit dans les bouquins : je n'ai pas besoin de me nourrir, les autres c'est des faibles parce qu'ils mangent alors qu'on arrive très bien à s'en passer.

- Donc se sentir surhumaine en faisant du sport sans manger ?

- Ouais. »

- **Au niveau scolaire et/ou professionnel** : Elles ont recherché la perfection. L'extrait d'entretien de Margaux l'illustre :

« - Perfectionniste, comme dans le sport un peu de mettre des objectifs très très élevés ?

- C'était 18 de moyenne ou rien. »

Les femmes adoptent progressivement des comportements ascétiques déplaçant ainsi les normes alimentaires et corporelles sociétales. L'analyse des histoires et parcours de vie des femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires peut s'inspirer des travaux de Muriel Darmon (2010) sur les carrières anorexiques :

« En abordant l'anorexie comme une carrière, au sens d'Howard S. Becker, on peut montrer qu'il s'agit d'une carrière de transformation radicale de soi, d'une véritable entreprise de rupture, planifiée et systématique, qui requiert des efforts et des techniques spécifiques et qui peut être observée tant sur le front corporel ou alimentaire (se faire un corps anorexique, par un régime, des pratiques corporelles de type vestimentaire ou sportif, des pratiques de mesure, ou encore un travail particulier sur les sensations somatiques) que sur le front scolaire ou culturel (se faire une culture ou un niveau scolaire d'excellence). La restriction alimentaire, la rationalisation d'activités physiques répétées et organisées, ou encore, dans

certains cas, l'exercice scolaire intensif, révèlent une modalité ascétique du gouvernement du corps et de la vie sociale, une discipline et une éthique de l'effort. A mesure qu'une jeune fille entre et se maintient dans une carrière anorexique, elle construit et se soumet à un régime de vie extrêmement strict qui s'étend à divers domaines pratiques : alimentaire, sportif et culturel... » (Darmon 2010, p.50)

Dans un entretien, cité en page 55, Léa explique son cheminement progressif vers les troubles anorexiques. Ce récit montre de quelle manière les normes alimentaires et corporelles se sont progressivement déplacées et comment les transformations l'ont affectée. Ci dessous, l'extrait d'entretien de Sandrine dans lequel se dévoilent les quelques éléments précédemment décrits :

- « - Est-ce que tu ne t'aimais pas au niveau corporel ?
- Je ne m'aimais pas. Je ne voulais pas accepter de devenir femme en fait. L'anorexie ça a été aussi, après coup, de rester enfant quoi, parce que je ne voulais pas grandir.
- Donc l'anorexie c'est à quel âge qu'elle s'est développée finalement ?
- A 20 ans par là. 19-20.
- Et ces transformations pubertaires ? Tu as pris du poids ?
- J'ai pris du poids oui. Je me suis trouvée grosse et je ne veux pas ressembler à ma mère. Du coup, j'ai complexé. (...)
- C'est un mal-être intérieur ?
- Au-delà de l'apparence physique, il y a un mal-être intérieur.
- Donc ton mal-être intérieur c'était plus au niveau psychologique ? Pas bien ?
- Oui. Pas bien d'être une femme, de grandir, de devenir adulte. Tout ce qui est lié à la féminité. (...)
- Tu as eu la phase de la maladie où tu te sentais mieux dans ton corps maigre ?
- Ben quand on n'accepte pas la maladie en fait on se sent vraiment bien, parce qu'on peut tout gérer et on est hyper maigre et on a une maîtrise sur le corps qui est assez incroyable. Même que les gens nous trouvent maigre, nous on se trouve encore grosse.
- Tu te voyais grosse quand tu te regardais ?
- Ouais je ne me voyais pas comme les gens me voyaient en fait. Bon après quand j'ai commencé à vraiment voir que j'étais vraiment maigre là je me suis dit qu'il y avait un problème, mais pas avant. (...)
- Ton objectif c'était vraiment la perte de poids ? Tu étais focalisée là dessus ?
- Ne pas en prendre quoi. Le départ de maladie est focalisé sur la perte de poids, ensuite c'est une prise de conscience d'un malaise beaucoup plus profond.
- Ou c'était plus exprimer...
- Je pense exprimer un mal-être aussi, mais on n'en est pas conscient quand on est malade. C'est vraiment la gestion de tout, du corps, et de ne pas vouloir prendre de poids. C'est plus ça. Plus forte que tout, que la faim, que la famille, plus forte que tout le monde : je peux maîtriser et vous pas. (...)
- C'est devenu une obsession cette perte de poids ? Tu ne pensais qu'à ça ?
- Quand on est malade on est obsédé par ça oui. On gère tout quoi. Il faut qu'on sache ce qu'on va manger à midi, ce qu'on va manger le soir, ce qu'on va manger au déjeuner.
- Donc dès que tu te levais c'était...
- C'était une obsession. Et le soir en se couchant c'était une obsession de savoir le lendemain comment on va gérer, quand on va faire son sport, à quelle heure, comment on va faire pour tout gérer quoi.
- Donc tu ne pensais plus qu'à ça...
- J'ai arrêté de vivre quoi.
- Et tu arrivais à faire d'autres choses à côté ?

- Non, parce qu'on ne voit plus personne, parce qu'il n'y a personne qui comprend. On s'isole quoi. On est sûr que personne ne peut nous comprendre. Moi j'étais isolée, je ne vivais que chez moi, et en plus j'avais tout le temps froid, parce qu'on a plus de calories, donc j'étais tout le temps dans mon lit presque. (...)
- Et ça te faisais plaisir de pouvoir faire du sport sans manger et que tu arrivais encore à faire du sport ?
- Mais on ne se rend plus compte dans quel contexte on est. On ne se rend même plus compte qu'on n'a même plus faim en fait. Ça devient notre normalité en fait quand on est malade. On n'a plus la sensation de faim. On est coupé des émotions aussi, mais on n'a plus la sensation de faim. »

Les facteurs impliqués dans la genèse des troubles anorexiques évoqués ici sont divers et relatifs à un mal-être physique (complexes physiques, ne pas vouloir ressembler à sa mère) et psychologique (ne pas vouloir devenir adulte). Ce récit explique bien de quelle manière les normes alimentaires et corporelles se sont progressivement déplacées, menant vers des comportements obsessionnels (évoqués dans le chapitre 2.2.3. suivant). Aussi, la pratique sportive devient un moyen supplémentaire au service de la maîtrise corporelle, des troubles alimentaires. Son usage tout au long de la carrière anorexique est explicité ultérieurement.¹¹ Finalement, Sandrine évolue dans une logique singulière, qu'elle considère comme la meilleure, et qui diffère considérablement de celles des autres femmes. En conséquence, son isolement facilite la poursuite de ses comportements.

2.2.3. Le développement d'un comportement obsessionnel

NB théorique :

En prenant appui sur le DSM-IV-TR (2003), il est possible de définir l'obsession par des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante (American-Psychiatric-Association 1994). Il ne s'agit pas simplement de préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions. Il reconnaît d'ailleurs que cela vient de sa propre activité mentale et non pas de contraintes extérieures (ces pensées ne sont pas imposées par l'extérieur). Dans cette étude, les femmes ayant des troubles alimentaires ont développé des comportements obsessionnels à l'égard de la nourriture et de leur corps.

Chez les femmes qui développent des troubles alimentaires, le rapport à la nourriture et au corps se modifie et devient de plus en plus déviant. Il s'agit donc de comprendre comment ces comportements obsessionnels s'installent et conduisent ces femmes à s'engager dans une carrière anorexique.

2.2.3.1. Rapport obsessionnel à la nourriture

La première étape des modifications est un changement de l'équilibre alimentaire de ces femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires. Une

¹¹ Se référer au chapitre 2.3.3.2. *Se conformer aux modèles de la virilité : le refus des assignations.*

altération de leurs connaissances nutritionnelles, puis de leur alimentation, alternant souvent des phases de restrictions et d'orgies pour la plupart, a été observée. Parallèlement, elles usent de stratégies pour manger moins et surtout pour faire croire à leur entourage qu'elles mangent plus que ce qu'elles font réellement. Petit à petit, la place de la nourriture devient accaparante et régit leur vie sociale. Elles développent ainsi un rapport obsessionnel à la nourriture.

2.2.3.1.1. L'équilibre alimentaire trouble

Les connaissances nutritionnelles

De manière générale, les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires pensent avoir de très bonnes connaissances des apports nutritionnels des aliments. Elles en sont fières. Elles sont en effet très renseignées, elles s'informent sur internet, achètent des livres sur la nutrition, s'inspirent de la presse féminine avec les régimes proposés pour l'été, etc. En pleine période de troubles alimentaires, elles comptent précisément leurs apports énergétiques et/ou leurs dépenses énergétiques. Les méthodes pour comptabiliser leurs apports énergétiques sont diverses : décompte du nombre de calories ingérées, décompte des points sous la forme des points « Weight Watchers® », décompte du nombre de grammes concernant la composition nutritionnelle (lipides, glucides et protéines). Certaines racontent avoir tout noté dans un cahier où s'y trouvaient leur poids, les apports et les dépenses énergétiques journalières comme c'est le cas dans l'extrait d'Alicia :

« Oui je regardais combien de calories ça faisait et je comptais. Et j'écrivais ce que je mangeais tout le temps. J'avais un cahier où j'écrivais tout, et au début c'était juste les aliments, et après je regardais les calories exactement, et je savais combien j'avais par jour. »

Certaines avouent même avoir élaboré des graphiques pour avoir un contrôle régulier, comme pour Antonia :

« Oui, j'avais un carnet épais comme ça, je faisais des graphiques, non mais des choses pareilles, j'ai un peu honte de dire ça mais je faisais des graphiques. Et aussi des prédictions : tiens le 10 du 11 je vais faire tant le matin, et le soir je vais faire tant. »

Peu de femmes ont précisé la limite de calories à ingérer qu'elles s'étaient fixées. Pour les 6 sujets qui l'ont fait, il s'agit de valeurs qui sont toutes largement en dessous de l'apport minimum journalier recommandé. Un but fréquent est de manger à chaque fois moins que la veille. Ce qui signifie qu'elles entrent dans une dynamique d'accroissement du contrôle de leur nourriture, à l'image de l'entretien à Margaux très représentatif de ces manières de faire :

« - Est ce que tu connais les apports nutritionnels de tous les aliments ?
- La diététicienne à côté peut aller se cacher dans un placard.
- Tu les as appris dans les bouquins ?

- Ouais, à la longue de mesurer, calculer. Ouais, internet. Beaucoup les bouquins avant parce que dans ma première période d'anorexie, il n'y avait pas internet comme maintenant. Et puis maintenant, ouais c'est internet. Quand je mange, j'ai ma table de calorie.com d'allumée. Et puis voilà. Pendant que je mange je compte.
- Donc est ce que tu as une limite par jour ? (...)
- Alors ma limite c'est 800 calories par jour. Mais je sais que si c'est 400, c'est bien parce que c'est là que je perds du poids.
- Pourquoi 800, alors que c'est 1800 normalement pour ?
- Je croyais que c'était 1200. 800 parce que je sais que souvent dans les régimes, ils disent que 800, la femme elle perd un peu de poids quoi.
- D'accord. Et donc là 400 ?
- 400 je sais que c'est les anorexiques qui perdent du poids. Les pros ana, c'est à 400.
- T'es allée voir ces sites de pro ana ?
- Ouais
- Tu adhères ?
- J'n'adhère pas du tout [rire], mais quand je suis obnubilée par ça... Quand il y a la faim qui est là, quand il y a l'envie de résister qui est là, quand il y a... Ben je vais voir ces... Et que je me trouve grosse... Mais c'est con je sais... Mais je vais voir ça. »

En fait, les femmes atteintes de troubles anorexiques (ou en phase d'anorexie) ont une notion de balance énergétique et d'équilibre alimentaire erronée, une vision globale sur le phénomène de nutrition altérée. Les normes sociétales de l'alimentation sont déplacées. L'alimentation est devenue une telle obsession qu'elles ont des comportements ou des pensées qui pourraient sembler aberrantes à une personne qui n'est pas dans leur univers. Certaines pensent que manger une bouchée les fera grossir immédiatement. Une autre (Antonia) s'était interdite l'eau pensant que cela faisait grossir :

« - Mais boire c'était toujours difficile parce que je me disais : tiens je me brosse les dents, vite une petite gorgée parce que j'ai tellement soif.
- Tu luttais contre la soif ?
- Voilà. Et d'un côté ma tête me disait : mais non Antonia, il ne faut pas ! Alors je remontais vite sur la balance et je me disais : oh non pas ça, 100 grammes en plus ! Et c'était l'enfer, mais je pleurais !
- Parce que tu avais bu de l'eau ?
- Ah ouais.
- Tu pensais que l'eau faisait grossir ?
- Ouais, j'ai toujours cru ça. »

Les femmes atteintes de troubles boulimiques (en phase de boulimie) sont moins obsédées par les calories ingérées.

Concernant les femmes non atteintes de troubles alimentaires, la majorité a également une connaissance des apports nutritionnels des aliments mais ce n'est pas systématique. Pour la plupart d'entre elles, elles s'y sont intéressées depuis toujours, soit parce que c'était dans la culture familiale ou qu'elles y ont été sensibilisées à l'école, soit parce qu'elles avaient envie de perdre quelques kilos. Aussi, l'intérêt qu'elles portent aux apports nutritionnels n'a pas d'influence excessive sur leurs rapports à la nourriture. Ça les a aidé à avoir conscience de leur alimentation et a permis de réguler leur hygiène alimentaire.

De la restriction à la boulimie

Chez les femmes ayant des troubles alimentaires, deux catégories se distinguent :

1. Les femmes atteintes d'anorexie restrictive ou de périodes anorexiques (avec phases de boulimie) qui font des restrictions quantitatives et qualitatives excessives.

Les restrictions alimentaires se manifestent de deux manières différentes :

- soit les femmes diminuent progressivement leur alimentation et réduisent de plus en plus les aliments qu'elles s'autorisent à manger. Que cela soit fait au travers de régimes connus (Weight Watcher®, Atkins®) ou de manière autonome, la restriction alimentaire se fait progressivement,
- soit certaines décident du jour au lendemain de ne manger pratiquement plus rien et dans ces cas la restriction est brutale.

Globalement, les femmes se contentent de manger des aliments qui ne font pas grossir : la majorité se nourrit exclusivement de légumes, fruits, soupes. Par exemple, une femme (*Antonia*), ne mangeait que des ananas qu'elle pensait être brûleurs de graisses. En fait, tous les produits gras sont exclus de l'alimentation. Certaines s'autorisent des petites douceurs sucrées avec modération (un carré de chocolat), mais cela reste rare. Aussi, il y a une utilisation plus importante des produits allégés sur ces femmes puisque plus de la moitié en usent.

2. Les femmes qui effectuent des crises de boulimie et qui « ne font pas de restrictions ».

Rares sont les femmes atteintes seulement de boulimie dans notre échantillon. Souvent les femmes ont commencé par une phase anorexique puis, à force de restrictions, elles ont craqué face à cette lutte contre la faim et au contrôle de soi, et sont tombées dans la boulimie. Ensuite, elles ont souvent alterné des phases restrictives et des phases boulimiques. Dans ces phases boulimiques, elles ne font pas de restrictions mais tout l'inverse car la plupart utilisent des méthodes compensatoires pour éliminer ce qu'elles ont mangé (sport, restrictions alimentaires, laxatifs, vomissements provoqués, etc.).

Les crises de boulimie réalisées par les femmes atteintes de troubles boulimiques ne sont pas comparables aux petites crises de boulimie parfois décrites par les femmes n'ayant aucun trouble alimentaire où il s'agit plutôt de faiblesses occasionnelles.

Chez les femmes atteintes de troubles alimentaires, les orgies sont présentées comme monstrueuses. Elles le disent en évoquant différents aspects :

- le prix que coûte une crise. En effet, c'est très coûteux de manger autant. Par exemple, Ludvine explique avoir dépensé pour le weekend 200 CHF

sur ses 250 CHF d'argent de poche pour satisfaire ses crises de boulimie.

- par la quantité des aliments ingurgités : l'équivalent de plusieurs repas en une fois,
- par le nombre de crises effectuées en un jour. Par exemple, cela peut aller jusqu'à 6-7 crises ou plus suivies chacune par des vomissements comme pour Laure :

« - Et donc ces crises de boulimie tu les as faites à quelle intensité ?

- Alors ça passait de 1 fois le soir, et après je pouvais en faire 5-6-7.

- Pendant la journée ?

- Ça dépend. Si je commençais depuis le matin, ça pouvait me prendre du matin au soir, donc ça pouvait être une dizaine de crises par jour ».

- par le temps que leur prend l'entier du moment de crise. En effet, il faut préparer sa nourriture, la manger, puis pour la plupart la vomir. Une grande majorité des femmes boulimiques sont d'ailleurs dans des situations où elles ont du temps pour leurs orgies (étudiantes, en congé maladie, hospitalisée, à l'AI, etc.). Certaines peuvent faire des crises de boulimie durant une journée entière, enchaînant crises de boulimie et vomissements à maintes reprises. Par exemple, cela peut s'étaler de 11h à 17h non stop,
- la honte et la culpabilité une fois la crise passée et la nourriture engloutie.

Souvent les aliments ingérés lors des crises sont les mêmes. Certains sont plus salés, d'autres plus sucrés. Certaines ont besoin d'aliments vite mangés (chips, gâteau, pain au chocolat, baguette, etc.) d'autres cuisinent (un paquet de pâtes, une boîte de ravioli, une pizza, etc.). Elles s'arrêtent souvent quand elles n'ont plus rien dans les placards ou lorsqu'elles ne peuvent plus bouger et manger. Les crises sont incontrôlables sur le moment. Elles ont un besoin de se remplir, de combler un manque, de s'infliger du mal.

Les femmes non atteintes de troubles alimentaires font des restrictions qu'elles soient quantitatives, qualitatives ou les deux. Cependant, ce qu'elles nomment « restriction » correspond plutôt à la recherche d'une alimentation équilibrée et d'une hygiène de vie saine. C'est pourquoi, elles réduisent certains aliments gras ou sucrés et qu'elles diminuent parfois leur quantité.

2.2.3.1.2. Développement du rapport obsessionnel à la nourriture

Ce rapport obsessionnel à la nourriture devient un élément perturbateur dans l'interaction avec autrui. C'est pourquoi, ces femmes inventent des stratégies pour faire croire à leur entourage qu'elles mangent davantage. Mais finalement, elles finissent par s'isoler pour éviter le regard d'autrui.

Des stratégies pour faire croire que l'on mange

Certaines femmes (en phase de restrictions) utilisent des techniques particulières pour manger lentement, ou pour faire croire qu'elles mangent plus à leur entourage : boire entre chaque bouchée, poser la fourchette entre chaque bouchée, mâcher lentement, donner la nourriture au chien sous la table, attendre 20 minutes que la satiété s'installe, couper leurs aliments en petits morceaux, éparpiller la nourriture dans l'assiette, manger et aller se faire vomir aux toilettes (dans les cas de repas de famille ou autres). L'extrait de l'entretien à Sandrine le montre :

« - Pendant ta maladie est-ce que tu t'étais intéressée à la cuisine, à plus cuisiner ?

- Oui, parce qu'on adore cuisiner pour les autres. On adore leur faire manger, parce que nous on ne peut pas avaler, donc on les fait avaler eux. On adore cuisiner, on adore qu'ils se gavent et qu'ils finissent les plats. Et c'est plus facile à gérer en fait, comme ça nous on les sert, et eux ne voient pas qu'on ne mange pas. On est toujours à la cuisine en train de s'affairer, et ils ne voient pas qu'on ne mange pas en fait, c'est notre manière de gérer. C'est plus facile que si on est à table et que tout le monde voit dans notre assiette si on mange ou pas. »

Malgré ces diverses techniques utilisées, les restrictions qualitatives et quantitatives restent les principaux moyens utilisés pour maigrir. Les coupe-faim ne constituent pas une méthode compensatoire fortement utilisée que ça soit par les femmes avec ou sans troubles alimentaires. De plus, celles qui en ont usé rapportent souvent avoir rapidement arrêté car à cause de leur inefficacité.

La place accaparante de la nourriture : des femmes isolées

Finalement, la vie des femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires se construit autour de leur alimentation. Du matin jusqu'au soir, elles sont obnubilées par la nourriture : ce qu'elles vont manger, le calcul des calories, lutter contre la sensation de faim, se cacher, etc. Cette obsession progressivement construite est accaparante ; ces femmes n'ont plus d'autres centres d'intérêts et deviennent indifférentes à ce qui les entoure tout comme le montre les extraits d'entretien suivants :

- Aurélie :

« C'était terrible, c'était obsessionnel, je ne vivais que pour la nourriture. »

- Alicia :

« Ouais c'était un peu au centre de tout [la nourriture], et dès qu'on m'invitait ou qu'on me proposait quelque chose je pensais qu'à ça d'abord : si c'était possible d'aller quelque part, si je ne pouvais pas... »

- Sandrine :

« - C'est devenu une obsession cette perte de poids ?

- Quand on est malade on est obsédé par ça oui. On gère tout quoi. Il faut qu'on sache ce qu'on va manger à midi, ce qu'on va manger le soir, ce qu'on va manger au déjeuner. (...) C'était une obsession. Et le soir en se couchant c'était une obsession de savoir le lendemain comment on va gérer, quand on va faire son sport, à quelle heure, comment on va faire pour tout gérer quoi. (...) J'ai arrêté de vivre quoi. »

L'alimentation régit la vie sociale de ces femmes qui adoptent des comportements d'isolement, ceci que les troubles alimentaires soient de type :

1. Anorexique (ou en phase anorexique) comme l'illustre l'extrait de Sandrine :

« - Et tu arrivais à faire d'autres choses à côté ?

- Non, parce qu'on ne voit plus personne, parce qu'il n'y a personne qui comprend. On s'isole quoi. On est sûr que personne ne peut nous comprendre. Moi j'étais isolée, je ne vivais que chez moi, et en plus j'avais tout le temps froid, parce qu'on a plus de calories, donc j'étais tout le temps dans mon lit presque.

- Donc tu t'es isolée complètement. Un peu de la déprime aussi ?

- Oui il y a de la déprime. C'est une forme de déprime l'anorexie. »

Elles ne veulent pas manger en société (au restaurant ou chez des amis) et souvent elles ne mangent que ce qu'elles ont cuisiné elles-mêmes. Certaines imposent même leur alimentation à leur entourage (famille, conjoint, amis) comme l'illustrent les extraits d'entretien suivants :

Julie :

« - Ouais avant en fait, je cuisinais pas beaucoup. Et puis pendant que j'ai eu [les troubles alimentaires] je cuisinais pas mal, dans le sens où je contrôlais ce que je faisais.

- Ça te permettait de savoir ce qu'il y avait dedans ?

- Ouais. Moi c'était une grosse obsession de savoir vraiment. »

Mathilde :

« - Ah elle [ta mère] cuisinait à part ?

- Pour les autres. Et moi des fois je me servais un peu.

- Donc toi tu avais quand même ta cuisine à toi ?

- J'avais toujours mon truc, mais en dehors. J'occupais un étage entier [dans le frigo], donc j'avais mes trucs.

- Et elle acceptait de faire pour toi différent des autres ?

- Oui.

- Elle savait que sinon de toute façon tu n'allais pas manger ?

- Ouais. »

Sandrine :

« - Donc ça tu l'as fait assez souvent de cuisiner pour les autres ?

- Je vivais encore chez mes parents, donc de temps en temps je les aidais ou comme ça, ou bien j'invitais des copines chez mes parents. Mais c'est moi qui gérait la cuisine quoi. »

2. Boulimique (ou en phase de boulimie). Ces femmes doivent d'ailleurs s'organiser pour faire leurs crises en toute discrétion : il est impossible de faire une crise en présence d'une autre personne, qu'il s'agisse d'une crise avec ou sans vomissements. Ces femmes boulimiques souffrent souvent d'une grande solitude et certaines rapportent que le fait de manger seule ou de vivre seule augmente le risque de faire une crise. Profiter des absences du compagnon ou de la famille, vivre seule, permet plus de moments de crise. Elisa dit :

« - Là avec mon mari on est quand même assez indépendant. On ne s'est jamais dit : le soir on mange ensemble, il faut qu'on s'attende ! Donc du coup ben quand on rentrait ensemble, on mangeait ensemble. Mais sinon, s'il rentre plus tard, moi je peux manger avant. Et du coup en fait, c'est un terrain propice à faire n'importe quoi [parlant des crises de boulimie]. »

Les troubles alimentaires font perdre tout rythme à l'alimentation. Les trois repas, respectés par toutes les femmes n'ayant aucun trouble alimentaire, perdent tout leur sens chez les femmes ayant des troubles alimentaires :

- en phase d'anorexie, elles sautent des repas et se nourrissent une fois par jour, voire moins. Par ailleurs, la plupart des femmes atteintes de troubles alimentaires se décrivent comme gourmandes à la base, puis avoir perdu la sensation de faim et le plaisir à l'alimentation avec l'avènement du trouble. Elles parlent d'une véritable lutte contre la faim et contre elles-mêmes surtout que certaines racontent avoir résister contre leur faim tout au long de leurs troubles alimentaires et d'autres avoir gardé le plaisir de l'alimentation,
- en phase de boulimie, une crise peut s'étaler sur plusieurs repas et souvent cette crise constitue le seul repas de la journée.

Les femmes non atteintes de troubles alimentaires accordent également une place importante dans leur vie à la nourriture, sans pour autant être obsessionnelle. Elles y pensent quand c'est nécessaire pour faire les courses alimentaires ou quand elles ont faim. Elles exercent également un contrôle sur leur alimentation, mais ce contrôle reste dans la norme. En fait, elles gèrent leurs envies, leurs besoins ainsi que leurs restrictions en fonction d'un équilibre qu'elles ont trouvé et qui leur convient. Plusieurs femmes soulignent le fait d'avoir recherché une bonne hygiène alimentaire, des bonnes habitudes alimentaires, impliquant parfois un régime de vie strict. Parfois, elles effectuent des restrictions alimentaires temporaires, mais toujours en visant des valeurs de poids « normales ». L'alimentation de ces femmes non atteintes de troubles alimentaires n'a aucune incidence sur leur vie sociale : bien qu'elles fassent de temps en temps des régimes, elles ne s'empêchent pas de sortir, d'aller au restaurant, de manger chez des amis ou de boire de l'alcool. Par ailleurs, la majorité des femmes sans troubles

alimentaires ne luttent pas contre leur faim même si parfois certaines disent résister avant l'heure du repas. Aussi, elles avouent être quasiment toutes gourmandes. En fait, il semblerait que ces femmes aient trouvé un équilibre qui leur convient entre gourmandise, plaisir, faim et contrôle.

2.2.3.2. Rapport obsessionnel au corps

Les femmes atteintes de troubles alimentaires développent progressivement un rapport obsessionnel à leur corps. L'extrait de l'entretien à Aurélie est représentatif :

« - Ton envie de perte de poids à dix-huit ans là, est-ce que c'était obsessionnel ?
- Oui.
- Tu ne pensais qu'à ça ?
- Ouais. De toute façon je ne pense qu'à ça depuis un moment. (...) Toujours j'essaie de faire attention parce que je ne suis pas une personne qui peut manger tout ce qu'elle veut sans prendre de poids. Je dois toujours faire attention. Mais là, oui [à 18 ans], c'était obsessionnel. »

2.2.3.2.1. Le poids corporel

NB méthodologique :

A partir des données issues du questionnaire (poids minimum, maximum et taille), un indicateur qui nous permet d'identifier la variation de poids en fonction de la taille a été calculé : (poids max-min)/taille(m).

Seules cinq femmes, soit 0.4% de l'échantillon total (N=1165) des femmes interrogées disent ne pas avoir changé de poids depuis qu'elles mesurent leur taille adulte. Sinon les autres ont toutes eu une plus ou moins grande variation de poids (à l'exception des grossesses) (M=5.4, ET=3.9) (annexe 92).

- *Lien entre les variations de poids et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Plus les femmes ont des troubles alimentaires (ont un score à l'EAT-26 élevé), et plus leur poids corporel a varié ($r(1160)=0.26$, $p<0.001$) (annexe 93). Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) ont eu davantage de variations de poids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (7.7 vs 5.1, $t(1158)=-7.09$, $p<0.001$) (annexe 94).

- *Lien entre les variations de poids et les troubles alimentaires (méthodes pour perdre du poids)*

Sauf pour l'utilisation des diurétiques, plus les femmes utilisent fréquemment et depuis longtemps les différentes méthodes pour perdre du poids (régimes, jeûnes, vomissements provoqués, laxatifs et coupe-faim) et plus elles ont subi des variations de poids importantes¹² (annexe 95).

¹² Fréquence des régimes; $r(1075)=0.27$, $p<0.001$, des jeûnes; $r(1075)=0.1$, $p<0.001$, des vomissements provoqués; $r(1075)=0.07$, $p=0.01$, des laxatifs; $r(1075)=0.12$, $p=0.01$, et des coupe-faim; $r(1075)=0.07$, $p<0.001$. Durée d'utilisation des régimes; $r(1075)=0.25$, $p<0.001$, des jeûnes; $r(1075)=0.11$, $p<0.001$, des vomissements provoqués; $r(1075)=0.1$, $p<0.001$, des

➔ Nos résultats statistiques indiquent un lien entre les troubles alimentaires et les variations de poids et sont confirmés par l'analyse des entretiens.

En effet, la plupart des femmes non atteintes de troubles alimentaires n'a jamais eu un poids corporel en dehors des normes de l'IMC ($18.5 < \text{IMC} < 25$). Leurs variations de poids n'ont jamais dépassé les 10 kg sauf pour quelques unes ($n=4$). À l'inverse, la tendance est différente chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires, ceci même s'il est difficile d'interpréter les données recueillies par interviews puisque chacune des femmes s'est trouvée dans des étapes différentes de la carrière anorexique au moment de l'entretien. 12 femmes ont un poids corporel actuel dans la norme d'IMC, mais 5 indiquent encore un poids corporel inférieur, indicateur d'anorexie, et deux autres un surpoids. Néanmoins, il existe de grandes variations de poids corporel chez ces femmes : seule une minorité ($n=3$) a varié de moins de 10 kilos. Les autres ont eu de grosses fluctuations allant d'environ 15 kilos ($n=10$) à plus de 20 kilos ($n=9$) atteignant au maximum une variation de 49 kilos pour une interviewée (Ana) :

- « - C'est quoi que tu n'aimes pas dans ton corps ?
- Mais ça varie tellement tout le temps. Enfin il y a des périodes où je suis vraiment trop mince, trop grosse...
- Tu fais le yoyo un peu ?
- Exactement. (...)
- Ça varie de combien au niveau du poids ?
- Ça peut varier de 15kg, 20kg je pense (...)
- Donc ton poids le plus faible tu m'as dit c'était 37 ?
- Oui.
- Ton poids le plus gros ça a été ?
- 86. »

Les fourchettes de poids corporel se retrouvent entre l'insuffisance pondérale ($n=20$) et les valeurs dites « normales » ($n=15$), voire même le surpoids pour quelques unes ($n=6$). Par ailleurs, ces femmes n'ont jamais été, pour la plupart, dans des situations de surpoids durant l'enfance ou l'adolescence et qui auraient pu expliquer une hantise de grossir et une recherche de la minceur. Ainsi, il n'est pas possible d'expliquer une quelconque déviance alimentaire causée par des problèmes d'obésité dans l'enfance. Elles se sont imposées des normes plus strictes que celles qui existent et sont connues telles que l'IMC. Les dires de Sandrine en rendent compte :

- « - Avant la maladie tu pesais combien, tu te rappelles ?
- Vers 48 je pense. (...) Ça allait très bien, mais c'était psychologique et c'est l'image qu'on a de soi qui est fausse.
- Tu ne te voyais pas comme tu étais, parce que finalement tu étais déjà fine, enfin tu n'étais pas grosse ?
- Non je n'étais pas grosse, mais il y avait une image de soi qui était fausse.
- Parce que tu avais pris des formes féminines donc tu te voyais plus grosse ?
- Voilà. »

Les tableaux comparatifs ci-dessous récapitulent les moyennes (moy), écart types (ET) ainsi que les variations de poids de notre échantillon d'interviewées :

laxatifs; $r(1075)=0.13$, $p<0.001$, et des coupe-faim; $r(1075)=0.07$, $p=0.02$.

	IMC des filles sans TCA					IMC des filles ayant (ou ayant eu) des TCA				
	Nb actifs	Moy	Min	Max	ET	Nb actifs	Moy	Min	Max	ET
IMC actuel	15	21.82	19.54	23.87	1.51	20	20.54	16.18	26.56	2.77
IMC idéal	15	20.87	18.91	22.84	1.06	14	19.81	18.14	23.42	1.57
IMC le + haut	14	22.88	20.03	24.91	1.86	21	22.71	19.15	28.73	2.71
IMC le + bas	14	20.30	17.86	23.05	1.50	23	15.50	9.46	21.87	3.08
Variation de poids¹	14	7.18	2.00	12.50	3.74	22	18.50	6.00	49.00	10.54

Tableau 5 : L'IMC des filles ayant (ou ayant eu) ou pas des TCA⁰ Calcul de la variation de poids : Poids maximum – poids minimum).

Chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires, les moyennes des IMC actuel, désiré et le plus haut obtenu se trouvent dans la norme officielle. Toutefois, les valeurs sont plus faibles que les femmes ne présentant aucun trouble alimentaire. La moyenne de l'IMC le plus bas obtenu est, quant à elle, révélatrice d'insuffisance pondérale soit caractéristique de troubles anorexiques. Aussi, les variations de poids qu'ont vécu les interviewées non atteintes de TCA (M=7.2, ET=3.7) sont plus faibles que les femmes souffrant de TCA (M=18.5, ET=10.5).

2.2.3.2.2. L'écart entre poids idéal et poids réel

NB méthodologique :

A partir des données issues du questionnaire (poids idéal, actuel et taille), un indicateur qui permet d'identifier l'écart entre le poids désiré et réel en fonction de la taille a été calculé : (poids idéal-poids actuel)/taille(m).

En moyenne, les femmes interrogées veulent dans la majorité d'entre elles perdre du poids (M=-2.2, ET=2.6) (annexe 96). En effet, les résultats sont les suivants :

- 82.7% des femmes interrogées (n=983) veulent perdre du poids,
- 12.6% des femmes interrogées (n=150) ont le poids qu'elles désirent,
- 4.7% des femmes interrogées (n=56) désirent prendre du poids.

- *Lien entre l'écart entre le poids désiré et réel et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Plus les femmes veulent perdre du poids et plus elles ont des troubles alimentaires (un score à l'EAT-26 élevé) ($r(1184)=-0.23$, $p<0.001$) (annexe 97).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) veulent davantage perdre du poids que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (3kg vs 2kg) ($t(1182)=4.30$, $p<0.001$) (annexe 98).

- *Lien entre l'écart entre le poids désiré et réel et les troubles alimentaires (méthodes pour perdre du poids)*

Plus les femmes veulent perdre du poids et plus elles utilisent fréquemment des méthodes pour perdre du poids telles que les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués, les diurétiques et les

coupe-faim¹³. Dans le même sens, plus les femmes veulent perdre du poids et plus elles utilisent depuis longtemps certaines méthodes pour perdre du poids comme les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués et les laxatifs¹⁴ (annexe 99).

➔ L'écart entre le poids désiré et le poids réel est fortement relié aux troubles alimentaires.

L'analyse des entretiens montre que l'IMC désiré des femmes sans troubles alimentaires se trouve dans la norme de l'IMC. De plus, il s'agit d'un poids désiré mais non recherché puisque la plupart ont affirmé ne pas faire forcément d'efforts pour y arriver. Chez la majorité des femmes atteintes de troubles alimentaires (n=10), le poids idéal se retrouve également dans la norme de l'IMC, sauf pour certaines (n=5) qui affirment un poids idéal inférieur à la norme de l'IMC et qui est révélateur de troubles anorexiques persistants. Beaucoup d'interviewées (n=10) n'ont pas donné leur poids idéal et ont précisé qu'elles ne le voulaient pas parce qu'elles le savaient bien inférieur à la norme médicalement définie. Ce nombre de non réponses quant au poids corporel indique l'embarras des femmes à aborder ce sujet.

2.2.3.2.3. La fréquence des pesées

En ce qui concerne la fréquence des pesées (annexe 100) :

- 46.5% des femmes interrogées par questionnaire se pèsent moins d'une fois par mois,
- 27.4% se pèsent une ou plusieurs fois pas mois,
- 19.1% se pèsent une ou plusieurs fois par semaine,
- et 6.3% des femmes se pèsent tous les jours,
- 9 femmes (soit 0.7%) n'ont pas répondu à cette question.

¹³ Les régimes; $r(1097)=0.28$, $p<0.001$, les jeûnes; $r(1097)=0.1$, $p<0.001$, les vomissements provoqués; $r(1097)=0.07$, $p=0.01$, les laxatifs; $r(1097)=0.06$, $p=0.03$, les coupe-faim; $r(1097)=0.06$, $p=0.03$, les diurétiques (une tendance seulement $p=0.09$).

¹⁴ Les régimes; $r(1097)=0.28$, $p<0.01$, les jeûnes; $r(1097)=0.1$, $p<0.01$, les vomissements provoqués; $r(1097)=0.08$, $p=0.008$, les laxatifs; $r(1097)=0.08$, $p=0.005$.

- *Lien entre la fréquence des pesées et les troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

La fréquence des pesées est significativement reliée aux troubles alimentaires : plus les femmes ont des troubles alimentaires (un score élevé à l'EAT-26), plus elles se pèsent souvent ($r(1255)=0.35$, $p<0.001$) (annexe 101).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) se pèsent plus fréquemment que les femmes non atteintes de troubles alimentaires ($t(1253)=11.31$, $p<0.001$) (annexe 102).

- *Lien entre la fréquence des pesées et les troubles alimentaires (méthodes utilisées pour perdre du poids)*

Hormis un résultat non significatif mais une tendance pour la fréquence d'utilisation du jeûne ($p=0.07$), plus les femmes se pèsent fréquemment et plus elles utilisent fréquemment et depuis longtemps des méthodes pour perdre du poids telles que les régimes, les jeûnes, les vomissements provoqués, les laxatifs, les diurétiques et les coupe-faim¹⁵ (annexe 103).

➔ Nos résultats statistiques montrent que la fréquence des pesées est fortement reliée aux troubles alimentaires.

Durant leurs problèmes alimentaires, notamment au moment le plus critique du trouble, la grande majorité des femmes interviewées ayant eu des troubles alimentaires ($n=16$) avouent s'être pesées tous les jours ou plus, comme l'explique Virginie :

« - Et tu te pesais tout le temps à cette période?
- Oui chaque jour. C'était vraiment presque une obsession. »

Pour certaines, notamment lors des phases d'anorexie, la pesée était rassurante et réconfortante puisque le chiffre indiqué sur la balance confirmait leur perte de poids. Toutefois, elles expliquent également avoir été obnubilées par leur poids corporel puisqu'à chaque pesée, il fallait tout le temps que le poids soit inférieur à la fois précédente, sinon c'était l'angoisse et le redoublement d'efforts pour perdre encore plus de poids. Quelques femmes expliquent leur obsession du poids corporel par la tenue d'un cahier du poids affichant les variations de poids journalières, voire à chaque repas, après l'activité sportive, après l'hydratation ou après les vomissements provoqués. L'extrait de l'entretien de Céline le montre :

¹⁵ Fréquence d'utilisation des régimes; $r(1163)=0.36$, $p<0.001$, des vomissements provoqués; $r(1163)=0.13$, $p<0.001$, des laxatifs; $r(1163)=0.1$, $p<0.001$, des diurétiques; $r(1163)=0.06$, $p=0.05$, des coupe-faim; $r(1163)=0.09$, $p=0.002$. Durée d'utilisation des régimes; $r(1163)=0.27$, $p<0.001$, des vomissements provoqués; $r(1163)=0.14$, $p<0.001$, des laxatifs; $r(1163)=0.08$, $p=0.006$, des diurétiques; $r(1163)=0.06$, $p=0.03$, des coupe-faim; $r(1163)=0.07$, $p=0.02$, des jeûnes; $r(1163)=0.08$, $p=0.009$.

« Mais quand j'avais mes problèmes, je me pesais plusieurs fois par jour et je notais tout. D'ailleurs, j'ai jeté hier le carnet du poids. »

Certaines effectuaient même des statistiques et des courbes de variation de leur poids corporel, telle Antonia :

« Ben je me pesais avant la crise, je sentais la crise et je faisais avant la crise, après je faisais au milieu de la crise et après le crise, et après m'être faite vomir. Des fois, ça m'arrivait de faire des statistiques même. Des choses pareilles. »

A l'inverse en période de boulimie (souvent sans vomissements provoqués), les comportements face à la pesée diffèrent. Certaines affirment avoir perdu tout contrôle notamment celui du regard sur la balance et s'être mis dans un déni et ne plus se peser, alors que d'autres affirment avoir continué la fréquence des pesées, ceci comme une manière de se punir et de s'autodétruire. Une fille a parlé de « pesées destructrices ».

2.2.3.2.4. L'insatisfaction corporelle

NB théorique :

Le « Body Shape Questionnaire (BSQ-8c) » est un instrument de mesure validé qui est utilisé dans l'étude des perturbations de l'image corporelle et dans les recherches en relation avec les troubles du comportement alimentaire. Il permet d'évaluer l'insatisfaction corporelle des sujets interrogés. Plus le score total est élevé, plus l'apparence physique perçue du sujet est négative..

Le score moyen d'insatisfaction corporelle mesuré par le BSQ-8c pour les femmes interrogées par questionnaire est de 21.7. (ET=8.5) (annexe 104).

- *Lien entre insatisfaction corporelle et troubles alimentaires (score à l'EAT-26)*

Plus les femmes sont insatisfaites de leur corps et plus elles ont des troubles alimentaires (un score élevé à l'EAT-26 élevé). La corrélation entre l'insatisfaction corporelle et le score à l'EAT-26 est très élevée ($r(1262)=0.69$, $p<0.001$) (annexe 105).

Les femmes atteintes de troubles alimentaires (score EAT ≥ 20) sont plus insatisfaites de leur corps que les femmes non atteintes de troubles alimentaires (score EAT < 20) (34.8 vs. 20.1, $t(1260)=21.97$, $p<0.001$) (annexe 106).

- *Lien entre insatisfaction corporelle et les troubles alimentaires (méthodes pour perdre du poids)*

De même, plus les femmes sont insatisfaites de leur corps et plus elles utilisent fréquemment et depuis longtemps des méthodes pour perdre du poids (annexe 107 et 108).

➔ Tous les indicateurs pris en compte dans cette étude montrent un lien très fort entre l'insatisfaction corporelle et les troubles alimentaires.

L'analyse des entretiens va dans ce sens puisque les femmes sans troubles alimentaires sont globalement satisfaites de leur apparence corporelle. Néanmoins,

rare (n=1) sont les femmes qui n'éprouvent pas quelques complexes. En effet pour la plupart, c'est la partie basse de leur corps qu'elles aimeraient modifier, surtout les cuisses (n=11), les fesses (n=5), les hanches (n=4) ou le ventre (n=5). Toutefois, quelques unes rapportent vouloir changer de poitrine (n=4), l'agrandir ou la réduire. Concernant les tenues vestimentaires portées, elles ne dissimulent pas leurs formes sous les habits, mais s'habillent en fonction de leurs envies et expliquent aimer se mettre en valeur. Leur embarras du corps n'est que partiel tant dans les zones du corps jugées négativement que de l'intensité de la perception.

La plupart des femmes qui ont (ou ont eu) des troubles alimentaires (n=21) sont insatisfaites de leur corps comme Julie le dit :

- « - Ok. Comment tu te sens dans ton corps actuellement ? (...)
- Ce qui est sûr c'est que je suis jamais vraiment satisfaite de mon apparence. Et dès que j'ai mangé quelque chose que je trouve trop j'ai l'impression que j'ai grossi ou quelque chose comme ça. (...)
- Et là ton rapport au corps pendant cette période (à 39 kg), est-ce que tu te sentais mieux dans ton corps ?
- Je sais pas si je me sentais mieux mais en tout cas j'étais contente.
- De maigrir, de perdre des kilos ?
- Oui (...)
- Et dans un miroir tu te trouvais belle (à 39 kg) ?
- Non je m'aimais pas encore. (...) C'est peut-être pour ça d'ailleurs que j'ai continué [de maigrir] en me disant que ça irait mieux quelques kilos plus bas.
- Parce que tu ne te plaisais pas, et tu te disais peut-être plus maigre ça irait mieux ?
- Ouais.
- Mais tu te voyais maigre ou tu te voyais encore grosse ?
- Non je me voyais normale.
- Tu te voyais pas tes os qui sortaient des choses comme ça ?
- Ça me sautait pas aux yeux. »

De plus, elles dévoilent d'importants complexes qui ne se limitent pas à une zone corporelle. Quelques unes (n=4) confessent vouloir carrément changer de corps dans sa globalité comme l'illustre les dires de Juliane :

- « - Comment tu te sens aujourd'hui dans ton corps ? (...)
- Alors je ne me suis jamais trouvée belle, je me suis toujours trouvée moche.
- Moche en général ou des parties que tu n'aimes pas de ton corps ?
- Moche en général oui et il y a des parties que je ne supporte vraiment pas.
- Ce sont lesquelles ?
- Genre les cuisses, les fesses. Je pense que... Enfin maintenant je dis ça, mais c'est vrai que je ne pense pas que je vais arriver à les accepter un jour. Peut-être qu'un jour ça ira mieux et que je me dirais : je m'en fous ! Mais je ne vais jamais aimer mes cuisses. »

Concernant les tenues vestimentaires, les comportements diffèrent selon les femmes et surtout selon les phases du trouble (phase d'anorexie ou de boulimie). La plupart (n=10) cachent (ou ont caché) leurs formes ou leurs rondeurs sous leurs vêtements surtout en période de boulimie. En période d'anorexie, la majorité des femmes (n=14) a préféré cacher sa maigreur sous les habits. Les explications

sont diverses et propres à chacune : éviter des remarques désobligeantes (des parents notamment), cacher ses formes corporelles naissantes, pour se rassurer sur sa perte de poids en flottant dans ses habits, parce qu'elles avaient constamment froid, etc. D'autres (n=7) ont éprouvé une fierté d'être si maigres et montraient leur corps en valorisant leur maigreur par des vêtements moulants comme l'explique les deux extraits ci-dessous :

Antonia :

- « - Là tu étais fière, tu mettais des vêtements moulants pour montrer tes formes ?
- Ouais tout à fait, je pouvais me changer deux fois par jour, juste pour montrer que j'avais des fringues et que tout m'allait quoi. »

Justine :

- « - Au niveau de tes tenues vestimentaires, ça a évolué avec la maladie ? Tu as des tenues plus larges pour cacher la maigreur, ou tu mettais en valeur ?
- Non je mettais des choses relativement moulantes.
- Pour mettre en valeur la minceur que tu avais ?
- Ouais.
- Tu étais assez fière de ton corps ?
- Oui, tout à fait. Il ne me choquait pas plus que ça. »

Céline a raconté être fière de ses os qui ressortent et de les valoriser en s'habillant avec des habits serrés :

- « Quand je n'allais pas bien, je me rappelle que le 36 était trop grand. Et là, j'étais fière. Mais j'avais un problème d'image. Car seule, je n'avais pas d'échelle, mais fallait que je sois en photo à côté de quelqu'un d'autre pour voir. (...) Et au niveau des os qui apparaissent, j'étais très très fière. J'aimais ça. Mais là, je pense que tous les magazines poussent à ça. Finalement, elles sont toutes rachitiques. Et maintenant quand tu sais qu'ils effacent les côtes sur les photos. Ça c'est un truc que je me suis toujours dit. Comment c'est possible qu'elles soient si maigres et qu'on ne voit pas les côtes. Alors qu'elles sont maigrichonnes. Je pense qu'on est un paquet à s'attirer des problèmes à aller trop dans l'excès de la perte de poids à cause de cet idéal, cet exemple, et que tu regardes ça et qu'il n'y a pas d'autres exemples. »

Ainsi la norme de beauté est déplacée quand la fille est atteinte de troubles alimentaires : l'ultra-minceur est valorisée, recherchée et synonyme de beauté.

• *Quelle signification si j'étais grosse ?*

A la question de savoir ce que ça signifie d'être grosse, les mêmes tendances se dessinent chez les femmes atteintes ou non de troubles alimentaires puisqu'elles ont la crainte et la hantise d'être grosse. Le fait d'être grosse est négatif pour la plupart : elles utilisent des termes comme « la honte », « l'imperfection », « l'échec », « la mocheté » et « la passivité » pour décrire leur hantise de prendre du poids. De plus, certaines ont expliqué que le surpoids était un « handicap/un poids » dans notre société et que ça signifiait le rejet par autrui. Toutefois, quelques femmes non atteintes de troubles alimentaires (n=6) n'accordent pas forcément une signification négative au fait de grossir. En effet, elles affirment que ça ne serait pas une hantise et que si elles prenaient du poids, elles prendraient les mesures nécessaires pour maigrir notamment en utilisant la pratique sportive.

➔ Chez les femmes ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires, les pensées obsessionnelles envers leur corps et la nourriture se développent de manière conjointement comme l'illustre Sara :

« - Comment te sens-tu dans ton corps aujourd'hui ?

- Alors en fait, je me sens bien, mais je suis toujours insatisfaite de mon corps. J'ai toujours l'impression que ça pourrait être mieux. Et puis ça, ça a toujours été le cas.
- Depuis la puberté ou déjà avant ?
- Non, surtout depuis l'adolescence. (...)
- Et maintenant, est ce que c'est toujours le cas ?
- Maintenant, ce sont toujours des zones qui me dérangent un petit peu mais je l'accepte mieux quand même. Ça me dérange plus autant qu'avant parce qu'avant c'était vraiment une obsession.

- (...)

- Est ce que ce sont des pensées qui reviennent souvent [*perdre du poids*] ?
- Assez souvent je dois dire. Beaucoup moins qu'avant parce qu'avant, chaque fois que je passais devant n'importe quoi qui réfléchissait mon image, je me regardais tout le temps. Par contre, c'est beaucoup moins souvent. Par contre, c'est vrai que je me dis souvent : ah si aujourd'hui tu as mangé beaucoup de chocolat, et bien demain tu n'en manges pas parce qu'il faut faire attention. Donc ça s'est assez récurrent.
- Donc au niveau de la nourriture tu as encore [*des pensées obsessionnelles*] ?
- Ouais.
- Donc tu focalises encore un peu et tu essaies de limiter un peu ton alimentation ?
- Ouais encore, exactement. »

2.3. Utilisation de la pratique sportive dans les troubles alimentaires : typologie des profils

Points clés : les éléments de vulnérabilité (cités précédemment) et l'entrée en régime offrent un terrain propice au développement de comportements « à risques » pour la santé dont les troubles alimentaires font partie. Nous avons dégagé **six profils de femmes** ayant (ou ayant eu) des troubles alimentaires dont la logique d'utilisation des sports de remise en forme diffère dans la carrière anorexique :

1. Une entrée en régime pour **se conformer aux normes de l'excellence sportive (le sport comme déclencheur des TCA)** ;
 2. Une quête de l'excellence et **le sport comme lieu d'expression des troubles alimentaires** ;
 3. **Des normes ascétiques**, exprimées dans la capacité de contrôle de son corps par les régimes et le sport, qui conduisent à une redéfinition du sain et du malsain (**le sport pour être en bonne santé**) ;
 4. Les troubles alimentaires et le sport comme ressource pour **se conformer aux normes sociales des apparences (le rôle des apparences)** ;
- Ces quatre premiers profils se réfèrent tous à un usage du sport pour adhérer à des normes d'excellence.
5. L'importance du **modèle de la féminité** ;
 6. Des identifications sexuées problématiques avec **une importance du modèle de la virilité** où les troubles alimentaires et le sport semblent être des ressources pour y faire face.
- Ces deux derniers profils se réfèrent tous à un usage de la pratique sportive pour adhérer à des normes de genre.

2.3.1 Le sport de remise en forme dans les étapes de la transformation corporelle

Les troubles alimentaires expriment une quête de transformation corporelle vers l'amincissement. Pour cela, les femmes rencontrées utilisent différentes techniques de perte de poids comme les régimes, les laxatifs, les diurétiques, les jeûnes ou les coupe-faim. La pratique sportive, bien qu'elle soit également employée pour perdre du poids, reflète souvent d'autres significations. Il est donc essentiel de mieux comprendre les usages de la pratique sportive de remise en forme par les femmes enquêtées.

Notre modèle (Schéma 2), nous permet de mettre en évidence deux grandes catégories d'usages des pratiques sportives de remise en forme : un usage des sports pour adhérer à des normes d'excellence, et un usage pour adhérer à des normes de genre. Dans chacune de ces deux catégories, des profils se déclinent selon leurs normes de référence, et ceci indépendamment du type de trouble (anorexique et/ou boulimique) ou de la quantité de pratique sportive effectuée avant et pendant le trouble. En effet, leur pratique sportive prend du sens lorsque l'on comprend ce qui les animent : les performances sportives, les pressions sociales, la santé, la reconnaissance sociale, l'identification ou non aux modèles féminins ou masculins.

On peut schématiser les différents profils identifiés de la façon suivante :

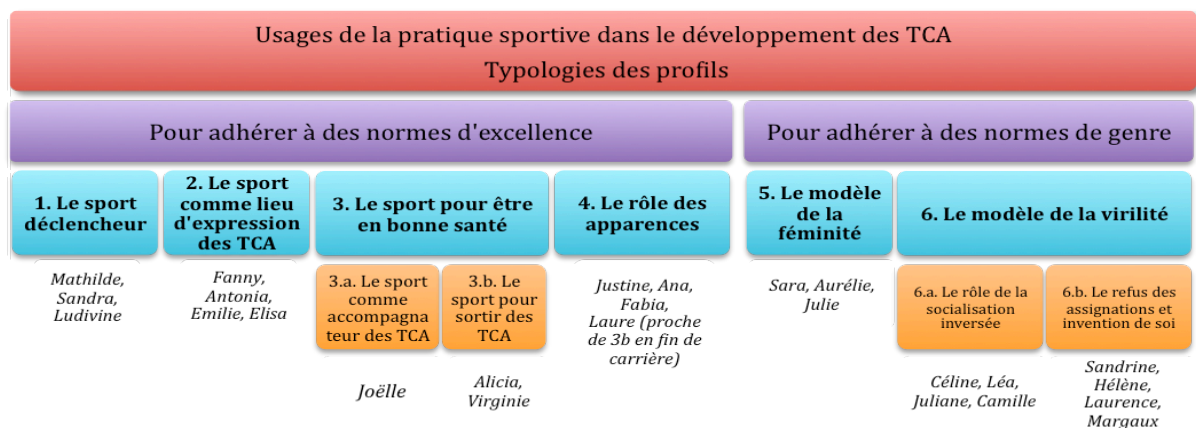


Schéma 2 : Classification des interviewées ayant (ou ayant eu) des TCA dans les différentes typologies

Il est important de préciser que les femmes interviewées ayant (ou ayant eu) des TCA ont été classées dans ces différents profils en fonction de ce qui est ressorti comme prépondérant dans leur discours et leur carrière d'anorexique. Il s'agit donc d'un classement effectué à un moment précis de leur parcours de vie. Cependant, leur profil a évolué tout au long de leur carrière. En effet, ces typologies ne sont pas figées et il est clair que plusieurs de ces femmes se sont rapprochées d'autres profils durant leur carrière d'anorexique. De plus, il est important de souligner que les frontières entre ces typologies restent perméables.

Globalement et ceci pour tous les profils répertoriés, la pratique sportive comme moyen de contrôle et de maîtrise de soi rassure ces jeunes femmes anorexiques qui recherchent une emprise sur elles-mêmes au travers de comportements ascétiques. En effet, c'est par la rigueur d'entraînement qu'elles s'imposent (tant dans l'intensité que dans la fréquence) et dans leur acharnement même lors de blessures que ces femmes affirment leur contrôle de soi, la domination de leur corps. A l'inverse, les phases de boulimie sont caractérisées par une perte de contrôle totale sur elles-mêmes impliquant, entre autres, une baisse de la pratique sportive synonyme de relâchement sur le contrôle de soi.

2.3.2 Adhérer à des normes « d'excellence »

2.3.2.1 Profil 1 : Le sport déclencheur

La pratique sportive est, à un moment de la biographie sportive, un déclencheur des troubles alimentaires. L'envie d'exceller au niveau sportif pousse les jeunes femmes vers des pratiques alimentaires déviantes. Il est possible, dans ce cas là, de parler d'anorexie athlétique caractérisée par la minceur au service du sport et non l'inverse (le sport au service de la minceur) comme pour les autres profils.

Les éléments de vulnérabilité prépondérants de ce profil sont :

- le rôle déterminant des personnes influentes incitatrices comme les entraîneurs et/ou les parents. D'ailleurs, il existe un lien significatif entre les influences pour perdre du poids perçues par les entraîneurs/coachs et :
 - o la quantité et la fréquence de pratique sportive. Plus les filles s'entraînent (augmentation de la quantité et/ou de la fréquence de pratique), plus elles ressentent des influences des entraîneurs/coachs ($p < 0.001$), mais également des amis sportifs ($p < 0.001$) pour perdre du poids (annexe 109a),
 - o la dépendance à l'exercice. Plus les filles sont dépendantes à l'exercice, plus elles déclarent subir des influences des entraîneurs/coachs

($p < 0.001$), mais également des amis (sportifs ; $p < 0.001$ ou non sportifs ; $p = 0.001$) et des médias ($p = 0.01$) pour perdre du poids (annexe 109b).

- l'apparition de complexes physiques (mal-être physique), puis par la suite d'un mal-être psychologique.

L'exemple de Mathilde est représentatif. Elle avait 19 ans au moment de l'entretien et a vécu un an d'anorexie (avec vomissements) à l'âge de 16 ans et demi. C'est une fille qui a toujours été très sportive. Elle adore le sport, surtout les sports individuels. Elle a désiré augmenter ses performances en athlétisme car elle aimait la compétition. Comme elle le dit : « A un certain moment, j'étais vraiment dans la compétition ».

Suite aux remarques de son entraîneur, elle a entamé un régime pour augmenter ses performances sportives. Elle explique :

« Ben moi, il y a vraiment eu un lien avec le sport et le début de la maladie, parce que c'est mon entraîneuse qui m'a dit que je devais perdre 2 kg... ».

Elle raconte avoir pris du poids avec la puberté et ne plus se sentir bien dans son corps. Elle était donc d'accord avec son entraîneur pour entamer un régime :

« Pis c'est vrai que moi je trouvais aussi [avoir grossi]. Enfin, je trouvais qu'elle [l'entraîneur] avait raison. Et c'est comme ça que ça a commencé, et finalement j'ai perdu le contrôle. (...) Mais bon, en plus c'était important pour moi parce qu'elle [son entraîneur] me disait que ça améliorerait mes performances [le régime] et c'était ce que je voulais, donc c'était important pour moi ».

Ici, on comprend que la performance est centrale pour Mathilde. Elle recherche des normes d'excellence sportive et met tout en œuvre pour y arriver utilisant ainsi des méthodes de perte de poids (régimes, sport) qui agissent comme des accompagnateurs dans le développement des TCA. Son régime était draconien. Elle ne mangeait que des fruits et des légumes évitant ainsi les féculents et la viande. Elle a perdu très rapidement du poids (10 kilos en 2 mois) et est descendue jusqu'à 40 kilos pour 1m70 perdant au total une trentaine de kilos. Elle dit avoir perdu le contrôle, ne pas avoir réussi à stopper son régime et basculer dans les troubles anorexiques (sans boulimie mais avec vomissements) :

« Je me disais à chaque fois : encore un peu [de régime] pour de la marge. Et puis finalement... ».

Elle précise ne pas avoir utilisé la pratique sportive comme moyen de perdre du poids :

« - Et là, tu as utilisé l'athlétisme pour perdre du poids ?
- Je savais que ça ne changerait pas grand chose. Et de toute façon, je n'en faisais même plus du tout ».

La recherche de l'excellence sportive fait place à des comportements de plus en plus ascétiques. L'envie de dominer et contrôler son corps devient prépondérante :

- « - Tu luttais contre ta faim ?
- C'était vraiment en plus j'avais ça, alors que j'avais parlé avec certaines personnes qui ne l'avaient plus du tout. Et pis moi je l'ai eue tout le long.
- (...)
- Et c'était un peu une victoire d'arriver à lutter contre cette faim ?
- Au début oui, au début. A la fin c'est juste horrible ».

Elle a vite compris qu'au lieu d'augmenter ses performances, elle les diminuait car elle n'avait plus de force. Elle a eu une prise de conscience au début de ses troubles alimentaires où elle a essayé de remanger parce qu'elle perdait ses capacités sportives. Elle dit :

- « - Donc tu sentais que c'était négatif [la perte de poids] pour ta pratique sportive ?
- Ouais ben justement. Au début, c'est ce qui m'a fait que je me suis dit : j'arrête tout [parlant du régime] pendant 3 semaines où j'ai repris [du poids]. Et après, la maladie a pris le dessus quand même ».

Elle a donc pris conscience qu'elle n'allait pas bien et a voulu s'en sortir. D'elle même, elle est allée voir l'infirmière scolaire, puis l'UMSA, puis a demandé l'hospitalisation car comme elle l'explique :

- « (...) Mais leurs conseils, je ne les écoutais pas. Ça ne changeait rien. Je savais que ce qu'il me fallait, c'était une hospitalisation ».

Elle explique avoir été influencée par son entraîneur, mais en aucun cas par les médias ou des membres de sa famille. Paradoxalement, elle prétend que sans les remarques de son entraîneur, elle serait quand même tombée dans les TCA :

- « - Et voilà tu expliques vraiment cette arrivée des troubles alimentaires par cette remarque de ton entraîneuse, parce que peut-être que toi tu sentais aussi que tu avais pris un peu de poids et c'est ça qui a déclenché ?
- Ouais.
- Il n'y a pas d'autres éléments qui expliqueraient ?
- Bon par contre si elle ne m'avait pas fait la remarque je pense que ça serait arrivé, mais à un autre moment.
- Tu sentais que tu n'étais pas bien dans ton corps, que tu avais envie de perdre du poids ?
- Ouais.
- Donc voilà c'est arrivé à ce moment là parce qu'elle t'a fait la remarque à ce moment là mais c'était quand même latent ?
- Exact ».

2.3.2.2 Profil 2 : Le sport comme lieu d'expression des troubles alimentaires

La pratique sportive est, dans ce cas, un accompagnateur dans les troubles alimentaires. C'est un domaine d'expression et de réalisation des attentes d'excellence. Les femmes expliquent avoir ressenti des pressions pour « être les meilleures » ou « parfaites ». Leur estime de soi s'est construite au travers de la réponse à l'excellence attendue (sportive

et/ou corporelle et/ou scolaire) et par le développement de capacité de maîtrise (contrôle) de soi.

Les éléments de vulnérabilité prépondérants dans ce profil sont :

- le rôle déterminant de la pression ressentie par les parents et/ou de la société pour exceller et être la meilleure dans tous les domaines dont la pratique sportive,
- l'émergence d'un mal-être psychologique et/ou physique lié à cette pression normative et aux doutes de pouvoir atteindre l'excellence.

L'exemple d'Elisa est représentatif. Elle avait 28 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 24 ans. D'abord, elle a débuté par une période de restriction alimentaire quasi anorexique, puis est tombée dans la boulimie avec vomissements.

C'est une fille sportive, issue d'une famille sportive, qui a fait de la natation de haut niveau jusqu'à la fin de son adolescence. Elle était forte et aurait pu passer professionnelle. Elle a reçu une éducation très rigide et sévère dans laquelle était inculqué le fait que faire du sport durcit. Elle explique avoir ressenti beaucoup de pressions notamment de son père. Ses normes d'excellence étaient élevées. Elle raconte :

- « Non, c'était plutôt son esprit [à son père] de nous durcir, c'était un peu aussi la même philosophie qu'il avait par rapport à l'école. C'est de nous pousser à faire toujours plus, toujours mieux, avec une insatisfaction permanente à essayer de nous pousser plus loin. Ça ne finit jamais quoi ! ».

En fait, son enfance était dictée par son père dont elle avait peur. Déjà même avant l'adolescence, elle a développé une faible estime d'elle-même notamment à cause des remarques de son père sur son poids corporel. De plus, le milieu sportif de la natation de haut niveau avec des comparaisons (sportives et corporelles) à l'égard des autres concurrentes sont venues renforcer cette faible estime de soi :

- « J'ai toujours été complexée par mon corps parce que mon père m'a toujours tenu le discours de plus tu perds de poids, plus tu es légère, mieux tu pourras nager ».

Puis, des problèmes familiaux sont apparus : emprisonnement de son père pour viol de sa sœur, violence physique, etc. Sa famille avait pris le parti de ne rien révéler aux autres donc elle devait cacher ses problèmes familiaux et c'est ce qui fait qu'elle s'est isolée. Son mal-être s'est développé. D'ailleurs, elle a arrêté la natation car elle explique :

- « Et après j'en pouvais juste plus. Je crois que moralement aussi ça me pesait trop. Ça me demandait trop. Et j'ai senti que je n'avais juste plus assez d'énergie pour prendre sur moi et continuer à aller nager comme si de rien n'était parce que personne n'était au courant de ce qui s'était passé à la maison ».

En arrêtant la natation, elle a voulu continuer une autre activité sportive car elle pensait que ce n'était pas bon pour le corps de ne rien faire, comme ce que le lui avait inculqué son père :

« Parce que je pense que dans ma tête il y a toujours eu le : il faut continuer à faire du sport ! (...) Il faut dans le sens de : c'est bon pour le corps ! Donc il faut avoir une activité sportive à côté ».

On comprend, grâce à ces extraits d'entretien, l'importance des normes paternelles qui lui ont servi de référence. Toutefois, elle explique souffrir d'un mal-être psychologique notamment parce qu'elle ressent le besoin de plaire à tout le monde et manque d'estime de soi :

« Et il faut que j'arrête de vouloir absolument tout réussir et m'adapter à tout. Il y a qui j'aimerais être, et il y a qui je suis vraiment. Et que j'arrête de tirer vers l'idéal ».

En fait, elle cherche à être parfaite aux yeux des autres pour être aimée. C'est au travers de regards positifs que les autres portent sur elle qu'elle gagne en estime de soi. Elle pense que cela vient de son éducation :

« Ou alors lié à mon éducation où quoi que je fasse ce n'était jamais assez bien. (...) ».

Elle semble tiraillée entre les normes d'excellence paternelles qui lui ont été inculquées et lui servent de référent et le besoin de reprendre le contrôle sur sa vie, de se forger sa propre identité. Elle explique d'ailleurs sa boulimie comme un moyen de compenser son mal-être :

« Moi ça fait aussi plusieurs années que je suis en thérapie avec une psychiatre, et depuis cet été en fait j'ai compris plusieurs choses (...), c'est à dire qu'au lieu de rester coincée pendant des semaines et des semaines dans une situation qui ne me convient pas et de compenser pour éviter de péter les plombs et juste pour me conformer à ce que je crois qu'on attend de moi, maintenant j'arrive à mettre un terme plus rapidement, donc à moins avoir besoin de compenser, juste à être bien avec moi-même. Et j'ai juste... Enfin j'aspire juste à ne pas me foutre en l'air pour essayer de me conformer à un idéal qui ne vaut rien du tout ».

Elle explique son idéal notamment au travers de l'apparence corporelle. Elle a cherché à s'identifier à l'idéal de beauté de la société et a voulu mincir pour être corporellement parfaite et plaire aux autres (notamment aux hommes) :

« Par contre au niveau de l'amour et des relations amoureuses avec les hommes, je n'ai toujours pas intégré qu'on pouvait m'aimer comme j'étais et ça passe du coup par essayer de ressembler le plus possible à ce que je crois être, l'idéal féminin de l'autre ».

On remarque encore ici le besoin d'atteindre des normes d'excellence au niveau corporel qui semblent se référer aux idéaux de beauté. Ainsi, elle a donc pratiqué du sport de remise en forme pour tendre vers des normes d'excellence, ceci dans l'idée inconsciente de gagner en estime de soi au travers du

regard d'autrui. D'une part, elle a recherché l'excellence corporelle en pratiquant des exercices sur machines de musculation pour maigrir et tonifier son corps dans l'optique de ressembler à un idéal de beauté :

« Non c'était pour muscler, bon avec toujours l'envie de perdre, on veut toujours en perdre plus ».

D'autre part, elle a recherché l'excellence sportive en repoussant ses limites et en voulant être la meilleure :

« ...Et toujours ce petit délire : tiens je n'ai mangé qu'une soupe de légume à midi et là j'ai passé ¾ d'heures sur les machines, et je n'ai pas faim, ouais ! ... Je n'ai pas besoin de me nourrir, les autres c'est des faibles parce qu'ils mangent alors qu'on arrive très bien à s'en passer ».

Toutefois, même si cette logique d'excellence revient dans sa pratique de sport de remise en forme, elle n'a jamais réussi à se lancer dans une activité trop contraignante :

« Mais je n'ai jamais réussi à vraiment tenir plus d'une année quelque chose de systématique (...) Je crois que j'ai juste fait un gros, gros rejet tellement ça m'a coûté à la fin de devoir continuer à m'entraîner contre mon gré à la natation [*forcée par son père*]. Il y a juste eu pendant toute une période il ne fallait plus me parler de sport. C'était juste de la contrainte à l'état pur, ... ».

2.3.2.3 Profil 3 : Le sport pour être en bonne santé

La pratique sportive est dans ce cas, soit un accompagnateur dans les troubles alimentaires, soit un moyen de se sortir des troubles alimentaires.

Ces femmes justifient leurs pratiques alimentaires, voire sportives, déviantes pour améliorer leur santé. C'est une quête de l'excellence corporelle par le sain, défini comme une capacité de contrôle de soi. Deux cas sont possibles ;

3.a. Le sport comme accompagnateur des TCA

Il s'agit des femmes qui utilisent la pratique sportive en début de carrière comme un accompagnateur dans les troubles alimentaires.

Les éléments de vulnérabilité prépondérants dans ce profil sont :

- le rôle déterminant des normes véhiculées par les médias (comme préconisateurs),
- le rôle indirect du milieu sportif.

L'exemple de Joëlle rend bien compte des processus. Elle avait 25 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles anorexiques (avec boulimie et vomissements) depuis ses 14 ans.

C'est une fille sportive ayant eu une culture familiale sportive. Dès 14 ans, elle a augmenté sa quantité d'entraînement de course à pied, s'est inscrite dans un club et a commencé à faire des performances en demi-fond. Au même moment, alors qu'elle n'avait pas pris de poids, elle a décidé de s'intéresser à sa

santé. Elle a donc augmenté sa pratique sportive et a fait attention à son alimentation. Elle a ainsi développé une dépendance au sport :

- « - Est-ce que tes motivations ont évolué au cours du temps ?
- Oui. Alors quand j'ai commencé à faire ça sérieusement pour moi vers 14-15 ans, c'était plutôt un souci de santé, de me dire : je fais ça parce que c'est bien ! Et après je suis vite tombée dans l'engrenage compétitif. Et alors quand je suis passée dans l'engrenage compétitif, c'est plutôt devenu un besoin. L'entraînement il est là forcément quoi. C'est vraiment devenu un besoin, même dans une journée chargée il faut que je case l'entraînement. Ca, ça a duré longtemps, je dirais entre 16 et 22 ans en tout cas.
- Donc ça, même s'il y avait du mauvais temps, tu y allais sous la pluie courir ?
- Ah forcément ouais.
- Mais lié à la compétition ou lié à d'autres motivations derrière ?
- Je pense lié à la compétition, donc même si j'avais une journée chargée je me disais : ce n'est pas grave je peux m'entraîner à 6h du mat. Et voilà. Bon maintenant c'est vrai que depuis 3-4 ans j'ai eu beaucoup à faire, j'ai été obligée de réduire la compétition, mais l'entraînement c'est quand même resté un besoin. Si j'ai une journée sans entraînement, une journée par semaine ça va, mais si j'ai 3-4 jours sans entraînement ça me pèse.
- Donc tu te sens un peu addictée au sport ?
- Ouais ».

Elle explique avoir basculé ensuite dans des comportements ascétiques et vers la recherche d'une excellence sportive :

- « Au tout début, j'ai l'impression que c'était vraiment l'envie de manger sain. Manger sain. Après quand j'ai voulu contrôler le poids, c'est devenu lié au poids ! Mais au tout début, c'était être en forme, faire du sport, se sentir bien, avoir un bon mode de vie ».

D'ailleurs, elle pense avoir indirectement été influencée par le milieu du demi-fond :

- « Il y a aussi des "on dit que" ; comme que pour la course d'endurance, un kilo en moins, c'est X secondes de gagnées au kilomètre. C'est ce genre de petites phrases qui dit que... ».

Elle pense surtout que le développement de ses TCA a un lien avec l'influence des magazines de mode qui préconisent une alimentation saine ou qui alertent les gens sur les bienfaits du sport pour la santé :

- « Je me suis faite influencée par les magazines féminins, je n'avais pas besoin de perdre du poids, mais rien que le fait de se dire : il faut manger moins gras, moins si, moins ça ! (...) Alors j'ai commencé à faire ça sérieusement [le jogging] pour moi vers 14-15 ans, c'était plutôt un souci de santé, de me dire ; je fais ça parce que c'est bien. Et après, je suis vite tombée dans l'engrenage compétitif(...) En fait j'ai commencé un peu à ce moment là à regarder ce que je mangeais ».

Elle associe la prise de poids avec le malsain :

- « - Pour toi, c'est synonyme de quoi être gros ? - Je ne sais pas, de la graisse, c'est malsain, et c'est un handicapant dans la vie aussi de ne pas pouvoir se déplacer ».

Elle avoue aimer son apparence physique de sportive. Son insatisfaction corporelle s'est développée après l'envie d'être en bonne santé en diminuant ses apports alimentaires et en augmentant son activité physique.

3.b. Le sport comme accompagnateur pour sortir des TCA

Il s'agit des femmes qui utilisent la pratique sportive en fin de carrière pour reprendre prise et éloigner la définition du sain par l'absence de chair (pour se remuscler ou pour se réapproprier son corps).

L'exemple d'Alicia est représentatif. Elle avait 18 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles anorexiques de type restrictif depuis ses 14 ans. C'est une fille qui n'est pas issue d'une famille sportive et qui elle-même n'a jamais été très sportive durant l'enfance. Elle se souvient avoir effectué quelques cours facultatifs de danse proposés par son école, mais ceci de manière peu assidue. Elle est tombée dans les troubles anorexiques à 14 ans alors que des complexes physiques sont apparus suite à la prise de poids pubertaire. De plus, elle explique avoir souffert d'un mal-être psychologique suite au divorce de ses parents et au cancer de sa mère. Elle n'a jamais pratiqué de sport dans cette période. Après une hospitalisation pour guérir de ses troubles alimentaires. C'est seulement en fin de carrière de ses troubles alimentaires qu'elle a commencé un cours collectif de sport de remise en forme dans l'intention de se remuscler le dos :

- « - C'est quoi ta motivation dans ces sports ? Pourquoi tu t'es inscrite par exemple aux cours [collectifs] ?
- Histoire de faire du sport, de me muscler. Et pis ouais je n'aimais pas trop les sports d'équipes comme ça, il n'y avait rien qui me tentait vraiment et c'est vrai que la gym tonique ça faisait une heure et en plus j'avais l'impression de faire quelque chose. Puis maintenant le yoga c'est plus pour la philosophie du yoga ».

2.3.2.4 Profil 4 : Le rôle des apparences

La pratique sportive est, dans ce cas, utilisée comme un accompagnateur des troubles alimentaires qui permet d'accéder à une forme de reconnaissance. Le corps façonné par le sport et les régimes rassurent et donnent l'impression de se conformer à des normes sociales acceptables.

Ces femmes justifient leurs pratiques sportives et alimentaires déviantes pour faire face à un embarras du corps (physique hors normes) et correspondre aux normes corporelles sociétales, ceci pour avoir le sentiment d'être reconnues et intégrées. L'identité externe, le regard des autres et le souhait de se conformer aux normes dominantes semblent essentiels. Il s'agit souvent ici de réagir à une stigmatisation ressentie.

Laure : « Alors ce qui a déclenché, oui, c'était que je ne m'acceptais pas. Disons que je n'avais pas beaucoup

d'amis, et je me disais que pour me faire accepter, il faudrait que je perde un peu de poids, parce que je me trouvais un peu rondelette (...). A l'époque je me disais : pour être acceptée, si je perds du poids, je serais bien. Je pensais que je serais bien à tous les niveaux, à l'école. Et en fait, je suis partie là-dedans et ça n'a pas du tout été mieux ».

Fabia : « - Ce n'est même pas l'amour du sport, c'est plus... ?

- Pour maigrir. Sinon j'aime le sport mais (...) en même temps quand on voit que sur la balance ça a un effet. L'adrénaline. Plus la balance baisse, plus tu as envie d'en faire »

Les éléments de vulnérabilité prépondérants dans ce profil sont :

- le rôle déterminant de la période de l'adolescence caractérisée par la recherche de modèles (des pairs ou des stars idolâtrées) et la comparaison avec les autres,
- le rôle déterminant des remarques ressenties comme désobligeantes sur un physique perçu comme hors normes (petite taille, grande taille, surpoids) ou sur soi,
- l'émergence d'un mal-être social (bouc émissaire, isolement social) et parfois psychologique, puis apparition d'un mal-être physique et/ou psychologique.

L'exemple d'Ana est représentatif. Elle est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 13 ans. D'abord, elle a eu une période d'anorexie et a du être hospitalisée pendant 4 mois. Puis depuis sa sortie, elle alterne les phases d'anorexie restrictive avec les phases de boulimie sans vomissement. Elle affiche ainsi d'énormes variations de poids allant de plus de 20 kilos selon ces phases du trouble alimentaire.

C'est une fille sportive, issue d'une famille sportive, et qui a toujours aimé le sport de compétition. Elle a pratiqué beaucoup d'activités durant son enfance : danse, athlétisme, handball, etc.

Elle explique son envie de perdre du poids comme quelque chose qui est apparu alors qu'elle a perdu ses repères familiaux et relationnels : ses parents se sont séparés et elle a du changer de collège. Un mal-être est apparu :

« Ouais, c'était un peu difficile. (...) Je me sentais un peu perdue, je ne savais plus trop où... ».

Des complexes physiques sont apparus notamment en comparaison avec ses nouvelles camarades de classes :

« C'était totalement deux mondes différents par rapport à mon ancien et mon nouveau collège. Puis toutes les filles étaient beaucoup plus... Enfin autrement, plus vulgaires... ».

Elle s'est sentie différente, plus grande que les autres et a développé une obsession sur les tailles d'habits. En fait, elle a eu le sentiment de perdre ses repères sur la façon d'affirmer son identité. Elle explique :

« C'était plus les habits. Enfin aujourd'hui c'est quand même tout assez mince et tout et puis comme j'étais toujours un peu assez grande à la base, ben c'est normal que j'ai des tailles [d'habits] plus grandes forcément.

Mais pour moi c'était pas convenable donc j'ai voulu un peu... ».

Elle a recherché à être dans la norme, ressembler à ses nouvelles copines de collège :

« Je voulais atteindre une sorte de perfection. J'étais trop grande donc je voulais un peu égaliser, enfin... »

- Tu voulais rentrer dans une taille d'habit plus petite ?

- Ouais, une taille de toutes les filles de mon âge [taille 36] ».

Être dans la norme correspond pour elle à la perfection : on comprend ici qu'il s'agit d'une excellence sociale. Elle dit avoir toujours eu le besoin d'atteindre une perfection notamment au niveau de son physique :

« J'ai toujours, enfin que ce soit au niveau physique mais même à l'école ou n'importe où, j'ai toujours eu le besoin de faire tout parfait. Ouais, j'aime bien. Puis au niveau physique, c'était un peu le seul endroit où je pouvais... Enfin... Où j'étais normale, mais je pouvais quand même être mieux. Et puis du coup, maintenant, c'est toujours resté ».

Elle dit n'avoir sinon jamais reçu de remarques de son entourage qui l'auraient influencée dans sa perte de poids. Toutefois, sa mère lui a souvent dit de ne pas prendre du poids comme elle :

« - T'as jamais eu des remarques comme ça, même du milieu sportif ?

- Non, non. Mais ma mère me disait : Faut pas que tu deviennes comme moi ! Parce que ma mère est quand même assez ronde. Très très ronde, vraiment ».

Sa pratique sportive semble avoir indirectement accompagné sa carrière d'anorexique, mais ce n'est pas un élément prépondérant dans le développement de ses TCA :

« Non, j'ai continué [la pratique sportive] parce que j'avais l'habitude (...) Au fond de moi je me disais : oui peut-être ça va aider. Mais mon but c'était quand même à la base de me faire plaisir, plus que de me dire il faut que je perde du poids ».

2.3.3 Adhérer à des normes de genre

2.3.3.1 Profil 5 : Se conformer aux modèles de la féminité

La pratique sportive est, dans ce cas, un accompagnateur dans les troubles alimentaires. Les femmes justifient leurs pratiques sportives et de régimes déviants comme moyen d'atteindre l'excellence corporelle, celle valorisée par leurs modèles féminins (mères, sœurs, grand-mères, amies, etc.). Le rôle des apparences y est important, ces femmes recherchent à être belle.

Sara :

« Et puis bon aussi j'ai une sœur qui a 5 ans de plus que moi, et qui a toujours été un peu plus forte. Et puis c'est vrai que depuis que je suis très très jeune mes parents, on en parlait avec elle. Et puis elle ne se sentait

pas bien dans sa peau. Et puis je pense que ça, ça m'a pas mal conditionnée aussi ».

Les éléments de vulnérabilité prépondérants dans ce profil sont :

- le rôle déterminant de l'influence féminine (mère, grand-mère, amies, etc.),
- l'apparition d'un mal-être physique émergeant à l'adolescence.

L'exemple d'Aurélië illustre bien ce profil. Elle avait 23 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 18 ans. Elle a débuté un régime qui a dégénéré et très vite elle a basculé dans la boulimie avec vomissements.

C'est une fille peu sportive durant l'enfance, mais elle a fait beaucoup de dressage de cheval. A l'adolescence, elle a pris du poids en consommant des drogues douces et dures. Puis après avoir arrêté toutes consommations de substances illicites, elle a décidé de perdre du poids en commençant un régime (Weight Watchers®) couplé d'une pratique sportive en fitness. Elle explique que l'apparence corporelle (sa silhouette, son habillement, etc.) est très importante pour elle et que c'est quelque chose de partagé dans sa culture familiale :

« De ma famille ouais, j'ai ma grand-mère justement qui elle est très portée sur le physique et qui déteste les gros. (...) Donc j'ai toujours eu ce message que les gros se laissaient aller ».

De plus des remarques l'ont blessée :

« Justement à dix-huit ans, quand j'avais repris un peu de poids j'ai eu des remarques. J'ai un homme qui m'a dit, avant tu étais anorexique et maintenant t'as vu comme t'es ? Et moi je suis tellement sur l'apparence que ça m'a... ».

Elle considère le fait d'avoir un surpoids comme une forme de laisser-aller antinomique avec sa quête d'excellence sociale :

« ... Je n'arrive pas. Je pense que j'ai cette optique des gros qui ne sont pas sains, qui ne réussissent pas etc. C'est une mauvaise image ».

L'image d'elle-même et qu'elle peut donner aux autres constitue sa principale motivation de pratique dans les salles de remise en forme :

« C'est clair. En plus il y a des miroirs partout, alors c'est sur-motivant, de voir dans le miroir, je me dis go quoi. Je me donne à fond ».

Elle pratique dans l'idée de perdre du poids et de se tonifier :

« Quand j'arrête une semaine je me sens vraiment molle et faible ».

2.3.3.2 Profil 6 : Se conformer aux modèles de la virilité

La pratique sportive est, dans ce cas, un accompagnateur dans les troubles alimentaires. Les femmes justifient leurs pratiques sportives et de régimes déviantes de deux manières :

- soit comme un moyen de s'identifier et de se conformer aux normes masculines de référence et garder à distance les normes et les signes des formes traditionnelles de la féminité,
- soit comme moyen d'exprimer un refus d'assignation aux apparences traditionnelles de la féminité.

L'identification aux modèles sportifs est ainsi une ressource pour se distancier des identités sexuées traditionnelles. Ces femmes doivent faire face à des identifications sexuées problématiques.

Camille : « Ma sœur était très sportive, et moi j'étais très intellectuelle... D'ailleurs mon père disait : J'ai deux filles, il y en a une c'est la tête, l'autre c'est les jambes ! Je ne l'ai pas mal pris mais je pense qu'en fait j'ai intégré l'idée que moi je n'étais pas spécialement sportive ».

Laurence : « Et j'entendais, je savais d'autres potes, qu'on m'aimait pour ça aussi et tout [son physique]. Et toi tu veux autre chose pour finir, tu as juste envie d'être moche pour qu'on t'aime pour toi, tu as envie qu'on t'aime pour ce que tu as là [dans la tête] et pas le reste ».

Les éléments de vulnérabilité prépondérants dans ce profil sont :

- le rôle déterminant de l'influence masculine (père, amis, petit amis, maris, frères, etc.),
- l'émergence d'un mal-être psychologique, sauf pour Camille où il s'agit d'un mal-être physique.

6.a. Le rôle central de la socialisation inversée

Léa avait 38 ans au moment de l'entretien et était sortie des troubles alimentaires, elle rend bien compte des effets d'une socialisation très marquée par le registre traditionnellement masculin. Elle a témoigné de son anorexie restrictive qui a duré 10 ans (de 18 à 28 ans) période pendant laquelle elle a subi plusieurs hospitalisations.

C'est une fille issue d'une famille sportive et qui a toujours été très sportive depuis l'enfance. Elle le décrit par les phrases suivantes :

« On faisait beaucoup de sport en famille, jogging, ski, on aimait bien faire du sport », « j'aimais bouger », « j'étais une grande sportive », « le sport faisait partie de moi ».

Le sport était reconnu dans sa famille. Elle explique :

« Bon c'était aussi parce que c'était reconnu dans notre famille. Moi, j'ai 3 grands frères et il fallait aussi que je me mesure avec mon frère qui était très fort en sport. J'avais aussi une image à conserver. Et puis ensuite à 16 ans je suis tombée malade et là le sport est devenu plus un plaisir, mais une dépendance. J'en suis venue, comme pour la nourriture, à calculer le nombre d'heures, le nombre de calories perdues, c'était une

compétition entre moi et moi, mais je n'avais plus du tout la même motivation qu'avant (...).

Le sport est ici un accompagnateur dans le développement des troubles alimentaires. Elle explique son besoin de mériter sa place au sein de sa famille vient notamment du fait qu'elle était ou se sentait être un bébé non désiré :

« Mes frères ont été très durs avec moi. Ils exigeaient de moi que je sois... Par exemple mon grand frère me disait : Maintenant puisque tu es là, au moins mérite ta place quoi ! De nouveau on retombe dans le mérite. Je devais mériter ».

De plus, elle explique que son modèle était son père :

« Déjà, j'étais la seule fille dans ma famille. On était une famille plutôt macho, avec une maman très effacée qui n'avait pas une grande féminité. Enfin qui était très féminine mais qui n'assumait pas sa féminité, qui était vraiment écrasée un peu, par mon papa. Mon papa est très jovial et tout, mais ma maman est très discrète et elle n'a pas vraiment pris sa place en temps que femme. Donc mon modèle était plus mon père ».

Dans cet environnement, elle s'est engagée intensément dans la pratique sportive comme un moyen d'exceller et de mériter sa place au sein de sa famille. C'est au travers de l'affirmation d'une identité sportive qu'elle s'est rapprochée de ses modèles masculins. Elle explique son passage dans les troubles alimentaires pour de multiples raisons qui ont constitué son mal-être : enfant non désiré, démenagement à l'adolescence, et aussi le regard masculin sur son corps. En effet, elle raconte avoir subi des remarques de son père :

« Donc mon modèle était plus mon père. Et puis mon papa me faisait souvent des remarques, parce que j'étais bien... J'étais assez... Je n'étais pas ronde, mais j'étais un bébé pas du tout maigre. Un enfant costaud. Et puis mon papa avait très peur que je devienne grosse, et il faisait souvent des remarques. Et ça, ça me mettait mal à l'aise ».

Elle a refusé de voir son corps changer et a entamé un régime pour voir disparaître tous signes de féminité. Elle rajoute qu'elle n'était pas prête à supporter le regard des hommes sur ses formes :

« Donc il y avait aussi le regard des hommes qui pour moi était insupportable. Pour moi, on me violait. Quand par exemple quelqu'un de vieux me draguait alors que j'avais 10 ans, pour moi c'était un viol ! (...) On m'a prise trop tôt pour une adulte que je n'étais pas ».

6.b. Le refus des assignations et invention de soi par l'engagement dans la pratique et les TCA

L'exemple de Laurence rend compte du refus de l'assignation et de ses conséquences. Elle avait 27 ans au moment de l'entretien et était sortie des troubles alimentaires. A 15 ans et demi, elle est en anorexie restrictive pendant 9 mois. Puis, elle a basculé dans la boulimie (sans vomissements) durant 4 ans.

C'est une fille issue d'une famille sportive et qui a toujours pratiqué au niveau régional. A l'adolescence, elle a arrêté le sport pour se consacrer à sa vie d'adolescente :

« Et après j'ai arrêté de faire du sport 6 mois, un an. Parce qu'en école secondaire, tu veux sortir et tu en as marre de sacrifier ta vie pour le sport, même si je n'étais pas en compétition extrême non plus ».

Cependant, elle a très vite obtenu une mauvaise réputation comme elle l'explique :

« Et pour ces gens, là, j'étais une allumeuse, alors que pas si on me connaissait quoi. C'est juste au niveau de l'apparence, parce que oui je portais des mini-jupes. Et je me souviens, la mode à l'époque, on montrait encore notre ventre quoi. (...) Je sais qu'une fois j'avais une truc en dentelle quasi transparent ».

Elle l'a très mal vécu surtout qu'elle dit n'avoir été qu'une « gamine naïve » à cette époque et qu'elle ne se rendait pas compte qu'elle renvoyait une image de femme qui pouvait être objet de désirs sexuels pour les hommes :

« J'étais assez jeune par rapport aux gens avec qui j'étais. J'étais très jeune et assez naïve aussi. Et je mettais des trucs super moulants ».

Pour elle, elle n'était encore qu'une enfant donc ça n'avait pas d'impact :

« Je me disais : je suis encore une enfant. Donc je m'en fichais ».

En fait, elle s'est construite une image qui n'était pas celle qu'elle voulait montrer. Son apparence n'était pas celle qu'elle voulait dégager. En fait, il semblerait qu'elle ait eu du mal à affirmer une identité en accord avec ce qu'elle souhaitait : son autoperception était en décalage avec l'image qu'elle dégageait et ce que lui renvoyait les autres. D'ailleurs, elle dit avoir eu un joli corps et en a eu marre qu'on ne l'a regarde que pour ça :

« Et j'entendais... Je savais d'autres potes, qu'on m'aimait pour ça aussi et tout [*son physique*]. Et toi tu veux autre chose pour finir, tu as juste envie d'être moche pour qu'on t'aime pour toi ! Tu as envie qu'on t'aime pour ce que tu as là et pas le reste ».

Elle explique donc :

« Ouais, et je voulais consciemment perdre ma féminité aussi ».

Pour cela, elle a entamé un régime. Elle explique avoir opéré un changement total au niveau de son apparence corporelle (tenues vestimentaires, régimes, coupe de cheveux, etc.). Elle a utilisé la pratique sportive pour tenter de construire une nouvelle identité :

« - Tu sais le but [*de ta pratique sportive*] ? C'était plus se détruire, changer ton image ?

- Ouais ça oui. Et le truc... C'est assez marrant... Changer l'image oui, perdre du poids non. Perdre du poids, c'est une fois que j'ai commencé à en perdre que je me suis dit

que je pourrais en perdre plus. Mais au début ce n'était pas conscient du tout. (...) Et le plaisir [*de la pratique sportive*], il est juste dans... C'est un peu vieux, mais je dirais dans l'espoir de la transformation en fait ».

IV. CONCLUSION

Plusieurs études ont montré que la pratique sportive est impliquée dans le développement et le maintien des troubles alimentaires (Davis, 1997; Davis et al., 1997; Davis, Kennedy, Ravelski, & Dionne, 1994; Lipsey et al., 2006). Cette étude montre également que les cours collectifs de remise en forme peuvent jouer un rôle dans le développement des troubles alimentaires. Et pourtant la relation entre la pratique sportive et les troubles alimentaires reste complexe. Pour la population étudiée, l'engagement dans des sports de remise en forme ne semble pas déclencher des TCA alors que cela peut être le cas pour d'autres sports. Les sports de remise en forme peuvent accompagner des TCA, les accentuer en participant aux dispositifs de contrôle du poids et des apparences, mais aussi permettre de sortir des TCA.

Certaines femmes utilisent les sports de remise en forme comme une technique de perte de poids en complément à d'autres méthodes (e.g., régimes, utilisation de coupe-faim, laxatifs, diurétiques, vomissements provoqués). Sur ce point, il faut bien différencier deux types de troubles alimentaires. Seules les femmes qui souffrent de troubles anorexiques utilisent le sport pour perdre du poids. Les femmes qui souffrent de troubles boulimiques ne pratiquent généralement pas de sport à cause du temps et de l'énergie consacrés aux crises de boulimie.

Aussi, cette étude montre que les femmes qui souffrent de TCA préfèrent pratiquer d'autres types de sport que les cours collectifs de remise en forme. Les centres de remise en forme par la présence de miroirs dans les salles, de posters montrant des corps de femmes sveltes et élancés, par les feedbacks des coaches ou par la comparaison prégnante entre les participantes mettent l'accent sur l'apparence physique, la perte de poids et prônent un idéal du corps féminin, svelte et élancé (De Bruin et al., 2009; Hubbard et al., 1998; Prichard & Tiggemann, 2008; Strelan et al., 2003). Cet accent mis sur la féminité ("emphasized femininity", selon l'expression de Connell, 1987) gêne les femmes qui souffrent de troubles alimentaires et qui refusent de s'assigner aux pressions normatives et aux stéréotypes de la femme sexy. De plus, les horaires fixes, la trop faible intensité de pratique, la durée trop courte des cours, et le manque d'autonomie ne correspondent pas aux motivations de pratique des femmes ayant des troubles alimentaires. Ces femmes préfèrent pratiquer des sports plus individuels, moins structurés, comme la course à pied, la natation ou le cyclisme. Aussi ces femmes pratiquent toujours d'autres activités physiques quotidiennes (e.g., le ménage, la marche); chaque mouvement est perçu comme un moyen pour perdre des calories. La plupart des femmes ayant des TCA tiennent les comptes de leur dépense énergétique comme elles le font pour les apports caloriques. Plus elles brûlent de graisses, moins elles

mangent et plus elles sont contentes. Le rôle de l'hyperactivité dans les troubles alimentaires a longtemps été sous-estimé, or l'hyperactivité n'est pas un symptôme mineur des troubles alimentaires, mais équivalent à d'autres symptômes (Davis, 1997; Davis et al., 1997; Davis et al., 1994). Les femmes avec des troubles anorexiques ignorent la fatigue comme elles ignorent la faim. D'ailleurs nos données qualitatives et quantitatives montrent que les femmes qui souffrent de TCA augmentent en permanence leur pratique sportive et développent une forme de dépendance à l'exercice physique.

Bien que les cours collectifs ne soient pas le sport préféré des femmes atteintes de troubles alimentaires, 10.3% des femmes qui participent à ce genre de cours souffrent de troubles alimentaires, et près de la moitié utilisent des régimes pour perdre du poids. L'usage des autres méthodes est moins répandu (de 7.3 à 3.5%). Dosil et Diaz (2002 cités par Dosil, 2008) trouve une prévalence similaire chez des femmes qui participent des cours collectifs d'aérobic (9.2%). En comparant cette prévalence avec celles obtenues dans les sports dit «à risques» dans les troubles alimentaires (les sports esthétiques, à catégories de poids, d'endurance, ou à déplacement verticaux) (Dosil, 2008), la prévalence des troubles alimentaires dans les cours collectifs de remise en forme apparaît comme relativement faible. Par exemple, Filaire et al. (2007) ont trouvé une prévalence de troubles alimentaires de 25% en judo, 22.3% en gymnastique, 16.7% en natation synchronisée, 30.7% en cyclisme, et 0% en basket-ball ou chez les personnes sédentaires. Finalement les femmes pratiquant des cours collectifs de remise en forme semblent davantage souffrir de troubles alimentaires que les personnes sédentaires ou celles qui pratiquent des sports collectifs, mais moins que les personnes qui pratiquent des sports dit «à risques» dans le développement des troubles alimentaires. Et dans notre échantillon, même les femmes qui pratiquent intensément les sports de fitness (les 10% des femmes qui pratiquent le plus grand volume horaire) ne sont pas plus à risques que les autres. Bien qu'il soit nécessaire de rester vigilant lorsqu'on compare les études, les résultats concernant les méthodes de perte de poids vont dans le même sens, lorsqu'on les compare à ceux obtenus par Filaire et al. (2007). Ainsi, les cours collectifs de remise en forme semblent tenir une place centrale sur une échelle qui mesure le niveau de risques des sports dans le développement des troubles alimentaires. Même si Filaire et al. (2007) ont utilisé l'EAT-26 pour déceler les troubles alimentaires chez les athlètes, leur étude a été conduite sur de petits échantillons de sportifs professionnels. Des études ultérieures devraient évaluer et comparer la prévalence des troubles alimentaires chez les sportives qui pratiquent au niveau amateur et professionnel. Dans le même sens,

en comparant nos résultats à ceux de Sepulveda et al. (2008) (N=2551), l'usage de méthodes de perte de poids semble être plus important chez les participantes des cours collectifs de fitness que chez les étudiantes. Selon l'étude de Sepulveda et al. (2008), 18.6% des étudiantes (âgées de 18 à 26 ans) suivent des régimes malsains, 5.5% utilisent des laxatifs et 4.6% se font vomir.

Par ailleurs, notre étude montre que les troubles alimentaires sont plus marqués chez les femmes qui participent aux cours collectifs de remise en forme cardio-vasculaires. Comparés aux autres types de cours (e.g. yoga, relaxation, musculation), ces cours permettent de brûler davantage de calories ; c'est pourquoi les femmes atteintes de troubles alimentaires préfèrent participer à ce type de cours. Prichard et Tiggemann (2008) montrent également, sur 571 participantes de cours de remise en forme, que la participation au cours cardio-vasculaires est positivement reliée aux troubles alimentaires. Néanmoins, la différence observée dans notre étude est faible et quelques femmes qui participent à d'autres types de cours utilisent également des méthodes pour perdre du poids. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la plupart des femmes qui souffrent de TCA ne participent pas seulement à des cours cardio-vasculaires mais également en complément à d'autres cours.

De plus, cette étude montre que les motivations de pratiquer les cours collectifs de remise en forme sont principalement reliées à la santé, à l'apparence et à la perte de poids. Ces motivations sont extrinsèques puisque les buts recherchés ne sont pas reliés aux sensations provoquées par l'activité pratiquée (Deci & Ryan, 1985; Ryan, Frederick, Lepes, Rubio, & Sheldon, 1997). Le plaisir de pratiquer l'activité pour elle-même (motivation intrinsèque) est rarement cité comme motivation principale de pratique. Comme souligné précédemment les cours collectifs sont très orientés sur l'apparence physique (avec les miroirs, les feedbacks des coaches, les comparaisons prégnantes entre participantes), plus que d'autres sports. Des études ont montré que globalement la participation à des exercices ou activités de fitness tend à être plus extrinsèquement motivée que la participation à des sports (Frederick & Ryan, 1993; Hung-Yung, 2011; Kilpatrick, Hebert, & Bartholomey, 2005; Prichard & Tiggemann, 2005, 2008; Ryan et al., 1997; Strelan et al., 2003). La plupart des personnes maintiennent leur routine d'exercice non pas parce que les activités sont intéressantes et plaisantes pour elles-mêmes mais pour les bénéfices qu'ils en retirent (e.g., meilleur bien-être, perte de poids, affinement de la silhouette) (Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009). Or, les motivations extrinsèques peuvent influencer le développement de troubles alimentaires (Maugendre, Spitz, & Lanfranchi, 2009). Les recherches ont montré que les motivations de pratique en lien avec la perte de poids et le contrôle de l'apparence sont associées aux indices de troubles alimentaires chez les femmes (Burckle et al., 1999; De Bruin et al., 2009; Furnham et al., 2002; Mond et al., 2006). Nos

résultats vont également dans ce sens. Plus les femmes sont motivées à perdre du poids dans leur pratique sportive et plus elles souffrent de TCA et utilisent des méthodes pour perdre du poids. Les femmes principalement motivées par d'autres raisons (santé, plaisir) souffrent moins de troubles alimentaires que celles dont la motivation principale est le contrôle du poids / de l'apparence. Nos données qualitatives permettent de mieux comprendre le lien entre cette dernière motivation et les TCA. Des différences émergent entre les femmes qui souffrent ou non de TCA. Premièrement, chez les femmes qui souffrent de TCA, la motivation de contrôle du poids et/ou de l'apparence est la seule motivation de participer à des cours collectifs de remise en forme, alors que chez les femmes qui ne souffrent pas de TCA cette motivation est toujours accompagnée d'autres motivations de pratique (e.g., santé, plaisir, liens sociaux, psychologique, physique). Deuxièmement, différentes logiques émergent chez les femmes atteintes de TCA : une logique de perte de poids, de contrôle de son corps, compensatoire. Une quatrième logique apparaît chez les hommes atteints de TCA : une logique de prise de masse musculaire. Puisque nous avons interrogé seulement trois hommes qui souffraient de TCA, il serait intéressant dans des études ultérieures d'analyser plus finement les motivations de pratique des hommes qui s'adonnent aux sports de remise en forme.

En somme, l'utilisation d'une méthode de recueil de données mixte dans cette étude a permis de mieux comprendre la complexité des facteurs associés aux troubles alimentaires dans les sports collectifs de remise en forme (Fortier & Farrell, 2009). Les questionnaires ont permis de montrer que certaines participantes des cours collectifs de remise en forme souffrent de TCA, de mettre en évidence des différences de prévalence en fonction du lieu de pratique, du type de cours collectifs pratiqué et des caractéristiques d'engagement dans l'activité, et de montrer l'importance de la motivation en lien avec le poids et/ou l'apparence dans le développement des troubles alimentaires. Néanmoins, nos données issues des entretiens ont permis de montrer que les femmes avec des TCA choisissent préférentiellement d'autres types de sports, moins encadrés, plus individuels. Par conséquent, des sports libres comme la pratique de la course à pied, de la natation ou du vélo semblent davantage à risques dans le développement des troubles alimentaires que les sports de remise en forme. Enfin, nos résultats montrent que les cours collectifs de remise en forme ne sont pas un déclencheur de TCA mais jouent un rôle ambivalent et complexe au regard des TCA. C'est finalement moins la pratique qui compte que les façons de l'utiliser. Selon le passé, les expériences ou encore les souffrances de chacun, les usages et la signification des sports de remise en forme sont très variables. Nous avons pu montrer que deux types de normes, d'excellence et de genre, jouent un rôle essentiel dans les usages et la signification des sports de remise en forme.

Enfin, bien que les questionnaires aient montré des régularités, les entretiens montrent que chaque cas présente des singularités et qu'il est très difficile d'aborder ces jeunes femmes souffrant de troubles alimentaires. En effet, une des principales caractéristiques de ces jeunes femmes, c'est qu'elles font tout pour masquer, cacher voire légitimer leurs troubles. Elles s'isolent et, de ce fait, il devient très difficile d'engager un véritable dialogue. Elles savent que leur activité est perçue comme coupable ce qui les pousse à maintenir le secret. Leurs troubles s'accomplissent souvent en « coulisses ».

Le rôle des professionnels du domaine (psychologues, médecins, diététiciens, etc.) est essentiel parce qu'ils ne sont pas dupes des stratégies, évitent de stigmatiser les personnes mais essaient d'infléchir leurs pratiques et leurs représentations, souvent très ancrées chez ces femmes.

Toutefois, et ceci avant que ces jeunes femmes ne soient complètement isolées dans leur carrière anorexique, un certain nombre de recommandations peuvent aider à prévenir le développement de troubles alimentaires, ou jouer un rôle d'alerte, afin que des professionnels de la prise en charge puissent agir aussi tôt que possible. Ces recommandations s'adressent également aux parents, aux entraîneurs, aux coachs, amis, professionnels de la santé, professeurs, patrons de salle de remise en forme ou même aux proches. Ceci parce qu'ils peuvent agir en tant qu'accompagnateurs, incitateurs, préconisateurs et prescripteurs de comportements alimentaires et sportifs « sains » pour préserver ces personnes en mal-être qui partagent comme caractéristique une faible estime d'elles-mêmes.

Les recommandations sont difficiles parce qu'il faut tenir compte de chaque situation. Cependant, on peut penser que les pistes suivantes peuvent alimenter les réflexions permettant d'agir sur des TCA identifiés lors des différents moments de la pratique sportive :

Recommandations

1. Recommandations auprès des salles de remise en forme (e.g., instructeurs, responsables de salles de remise en forme) :

1. Identifier les TCA

- Identifier les filles ayant des TCA et les guider vers des professionnels du métier (ABA, UMSA, groupes de parole, etc.), ceci en insistant sur l'anonymat de la prise de contact avec ces professionnels : les contacts peuvent se faire par e-mails et aucun lien avec la famille n'est exigé.

2. Infléchir les choix de pratique

- Valoriser les cours collectifs orientés vers la prise de conscience de soi ou le plaisir du corps (yoga, pilates, sports aquatiques, etc.) plutôt que sur la dépense énergétique ;
- Mieux guider dans le choix des cours : déconseiller la participation aux cours lorsque le sport de remise est utilisé comme un dispositif d'amaigrissement, néfaste pour l'individu, et guider vers d'autres pratiques moins coûteuses en terme de dépense énergétique ;

3. Agir sur l'offre

- Favoriser une ambiance conviviale aux clubs de fitness qui permet de réduire l'importance de l'apparence physique, une proximité et une éventuelle identification des cas problématiques ;
- Limiter les miroirs (dans les salles de musculation et des cours collectifs de remise en forme) afin de réduire la récurrence des apparences ;
- Utiliser des messages marketing moins centrés sur la perte de poids et plus axés sur le plaisir de pratiquer ce sport ;

4. Informer

- Mettre en évidence des brochures informant sur les spécialistes des TCA (diététiciens, psychologues, sites internet, etc.) ;

5. Former les cadres

- Sensibiliser les instructeurs (coachs/entraîneurs) et les responsables des salles de remise en forme à la problématique des TCA en lien avec la pratique de sports de remise en forme (brochure, information par courriel, formation continue) ;

6. Agir sur les motivations et les normes

- Agir sur l'insatisfaction corporelle (et l'augmentation de l'estime de soi) notamment par les feedbacks positifs des coachs/entraîneurs dans les salles de fitness. Mettre en valeur le corps et l'acceptation de soi : par exemple, un feedback comme « allez, on va se sentir bien ! », plutôt que « allez, on perd du poids pour l'été ! » ;
- Insister sur le plaisir pris dans l'action (motivation intrinsèque) et non en lien avec des bénéfices autres (e.g., perte de poids).

2. Recommandations dans les écoles (obligatoires ou post-obligatoire), notamment aux enseignants d'EPS :

1. Prévenir et informer

- Utiliser la formation initiale et continue des enseignants pour les sensibiliser à la thématique des troubles alimentaires dans la pratique sportive ;
- Associer les problématiques de nutrition à celles de l'activité physique, comme cela est préconisé le nouveau plan d'études romand (l'éducation physique est associée à l'éducation nutritionnelle dans le domaine disciplinaire « corps et mouvement »)
- Orienter les élèves ayant des TCA vers des professionnels du métier (ABA, UMSA, groupes de parole, etc.), ceci en insistant sur l'anonymat de ces professionnels.

2. Agir sur les motivations et les normes

- Valoriser la notion de plaisir dans l'action ;
- Développer les notions d'écoute de soi, de son corps et de sa fatigue ;
- Favoriser la distanciation à l'égard des modèles médiatiques, ceci de manière transversale par exemple au travers des supports didactiques utilisés par les professeurs (e.g., utilisation d'image de femmes avec des formes généreuses et non des corps trop maigres),
- Valoriser l'acceptation de tous quel que soient les différences :
 - Par l'élaboration de groupes de travail (par niveau, affinité, taille, etc.) ;
 - En sanctionnant sévèrement toutes remarques (ou moqueries) des élèves sur le poids ou la taille d'un camarade ;
 - En valorisant la collaboration et l'entraide.

3. Recommandations aux professionnels de la santé (e.g., médecin, psychologues, diététiciens) :

- Considérer l'engagement excessif dans la pratique sportive comme un indicateur aussi important et non secondaire aux autres indicateurs de TCA ;
- Collaborer avec les instances sportives (clubs, fédérations, centre de remise en forme, etc.) pour diffuser les pratiques de prévention ;
- Collaborer avec les enseignants en charge des cours de nutrition pour les informer sur les TCA ;
- Mettre en place des formations (ou cours) sur la thématique des TCA dans le sport pour informer les intervenants en milieu sportif.

4. Recommandations à l'entourage (e.g., famille, amis) :

1. Identifier

- Être vigilant à l'égard des régimes entrepris pour performer dans une pratique sportive compétitive ;
- Surveiller que ses enfants ne sautent pas leurs repas et/ou qu'ils n'utilisent pas les toilettes systématiquement à la fin de chaque repas ;
- En cas de suspicion de troubles alimentaires, en parler avec des professionnels de la prise en charge ;
- Faire en sorte que les personnes de l'environnement soient attentives aux stratégies de dissimulation pour faire croire que l'on mange ;
- Identifier les différents comportements comme des alertes et inciter à la rencontre de spécialistes de la prise en charge aussi tôt que possible :
 - o pesées très fréquentes,
 - o régime draconien,
 - o isolement social ;

2. Attitudes

- Ne pas accompagner ni soutenir son enfant dans des régimes spécifiques en lien avec le sport,

déléguer cela aux spécialistes si cela s'avère nécessaire ;

- Recommander une alimentation saine et de l'exercice physique modéré ;
- Insister sur le caractère essentiel de la prise des repas en famille même quand on fait du sport de haut niveau.

3. Agir sur les motivations et les normes

- Laisser les enfants s'autodéterminer et décider de leurs projets. Cesser les pressions sur des formes d'excellence ;
- Inciter à se distancier des modèles médiatiques : ouvrir le débat en famille sur les troubles alimentaires chez les stars (mannequins, actrices), sur les photos retouchées des femmes dans les magazines de presse féminine, discuter des effets néfastes de l'anorexie sur la santé physique et mentale ;
- Valoriser l'acceptation de soi avec ses qualités et ses défauts ;
- Accorder une moindre importance à l'opinion et au regard des autres (notamment celui des hommes) ;
- Jouer davantage sur les modifications progressives des styles de vie que sur des changements brutaux.

Bibliographie

- American-Psychiatric-Association, Ed. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- ASPS (2009) Comportements alimentaires perturbés chez les sportifs. Prise de position n°2 www.sportpsychologie.ch,
- Augestad, Saether, Götestam, « The relationship between eating disorders and personality in physically active women », *Scandinavian Journal Medicine Science Sports* 9, 1999, p.304–312.
- Bem, S. L. (1981). "Gender schema theory: a cognitive account of sex-typing." *Psychological review* 88: 354-364.
- Bui-Xuan, K., Ed. (2000). Introduction à la psychologie du sport, des fondements théoriques aux applications pratiques. Paris, Edition Chiron.
- Burckle, M. A., Ryckman, R. M., Gold, J. A., Thornton, B., & Audesse, R. J. (1999). Forms of competitive attitude and achievement orientation in relation to disordered eating. *Sex roles*, 40(11/12).
- Cazenave, N., A.-S. Peultier, et al. (2008). "L'activité physique et sportive et estime de soi chez les adolescents handicapés: le cas de la pathologie du pied de bot." *Annales médico-psychologiques* 166: 789-793.
- Cloutier, R. and S. Drapeau (2008). Psychologie de l'adolescent, 3ème édition. Montréal.
- Cury, F. and P. Sarrazin (2001). Théorie de la motivation et pratique sportive. Paris
- Darmon, M. (2003). Devenir anorexique. Une approche sociologique. Paris, La découverte.
- Darmon, M. (2010). "Des jeunesses singulières; socioologie de l'ascétisme juvénile." *Agora débats jeunesse* 56: 49-62.
- Davis, C. (1997). Eating disorders and hyperactivity: a psychobiological perspective. *Can J Psychiatry*, 42, 168-175.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., . . . Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: etiological implications. *Comprehensive psychiatry*, 38(6), 321-326.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological medicine*, 24(4), 957-967.
- De Bruin, K. A. P., Woertman, L., Bakker, F. C., & Oudejans, R. R. D. (2009). Weight-related sport motives and girls' body image, weight control behaviors, and self-esteem. *Sex Roles*, 60, 628-641.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Dosil, J. (2008). Eating disorders in athletes. Chichester, England, John Wiley.
- Famose, J.-P. (2001). La motivation en éducation physique et en sport. Paris.
- Filaire, E., M. Rouveix, et al. (2008). "Troubles du comportement alimentaire chez le sportif." *Sciences et sports* 23: 49-60.
- Filaire, E., M. Rouveix, et al. (2007). "Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif." *Science & sports* 22: 135-142.
- Fontayne Paul, S. P., Famose Jean-Pierre (2001). "Les pratiques sportives des adolescents ; une différenciation selon le genre." *STAPS* 55: 23-37.
- Fortier, M. S., & Farrell, R. J. (2009). Comparing self-determination and body image between excessive and healthy exercisers. *Hellenic journal of psychology*, 6, 223-243.
- Frederick, C. M., & Ryan, R. M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of sport behavior*, 16, 124-146.

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The journal of psychology*, 136(6), 581-596.

Gaborit, P. (2009). Les stéréotypes de genre: Identités, rôles sociaux et politiques publiques. Paris.

Guillon, M.-S. and M.-A. Crocq (2006). "Estime de soi à l'adolescence: revue de littérature." Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 52: 30-36.

Hubbard, S. T., Gray, J. J., & Parker, S. (1998). Differences among women who exercise for food related and non-food related reasons. *European eating disorders review*, 6, 255-265.

Hung-Yung, L. (2011). The study of exercise participation motivation and the relationship among service quality, customer satisfaction and customer loyalty at selected fitnee health clubs in Taipei city, Taiwan *Dissertation Abstracts international: Section B; The Sciences and Engineering*, 72(1-B), 223.

Hurtig, M.-C., M. Kail, et al. (2002). Sexe et genre: de la hiérarchie entre les sexes. Paris, Editions CNRS.

Johnson, C. and T. A. Petrie (1995). "The relationship of gender discrepancy to eating disorder attitudes and behaviors." Sex roles 33(5-6): 405-416.

K'delant, P. and K. Gana (2009). "Analyse multitraits-multiméthodes des scores au questionnaire d'attributs personnels (personal attributes questionnaire (PAQ)) auprès d'un échantillon féminin." Psychologie française 54(4): 323-336.

Kern, L. (2007). "Dépendance et exercice physique: une échelle de dépendance à l'exercice physique." Psychologie française 52(4): 403-416.

Kern, L. (2007). "Validation de l'adaptation française de l'échelle de dépendance à l'exercice physique: l'EDS-R." Pratiques psychologiques 13: 425-441.

Kilpatrick, M., Hebert, E., & Bartholomey, J. (2005). College students' motivation for physical activity: differentiating men's and women's motives for sport participation and exercise. *Journal of american college health*, 54(2), 87-94.

Le Breton, D. (2005). "La scène adolescente: les signes d'identités." Adolescence 53: 587-602.

Leichner, P., H. Steiger, et al. (1994). "Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone." Revue canadienne de psychiatrie 39: 49-54.

Lentillon-Kaestner, V., A. Berchtold, et al. (submitted). "Validity and reliability of the French shortened versions of the Body Shape Questionnaire." Assessment.

Lipsey, Z., Barton, S. B., Hulley, A., & Hill, A. J. (2006). "After a workout..." Beliefs about exercise, eating and appearance in female exercisers with and without eating disorder features. *Psychology of sport and exercise*, 2006, 425-436.

Maugendre, M., E. Spitz, et al. (2009). "Etude longitudinale des effets de la motivation sportive sur les troubles des conduites alimentaires chez les adolescents." L'évolution psychiatrique 74: 430-444.

McCabe, M.P. et al., « A longitudinal study of body change strategies of fitness center attendees », *Eating Behavior* 8, 2007, p.492-496.

Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *International journal of eating disorders*, 39(2), 147-153.

Mucchielli, R. (1998). *L'analyse de contenu: documents et communications*. Paris: Edition ESF, collection "formation permanente".

Office fédérale de la santé publique, O. (2006). Prévention auprès des jeunes vulnérables. OFSP. Berne.

Portmann L, & Giusti V. (2009). Triade de la femme sportive. *Rev Med Suisse*, 5, 1555-1559.

- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2005). Objectivation in fitness centers: self-objectification, body dissatisfaction, and disordered eating in aerobic instructors and aerobic participants. *Sex Roles*, 53(1-2), 19-28.
- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2008). Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: the role of reasons for exercise. *Psychology of sport and exercise*, 9, 855-866.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Leps, D., Rubio, N., & Sheldon, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International journal of sport psychology*, 28, 335-354.
- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: the dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic journal of psychology*, 6(107-124).
- Sfgv. "site de la fédération Suisse des centre de fitness." Retrieved 2010, from www.sfgv.ch.
- Strelan, P., Mehaffey, S. J., & Tiggemann, M. (2003). Self-objectification and esteem in young women: the mediating role of reasons for exercise. *Sex roles*, 48(1/2), 89-95.
- Suris, J.-C., A. Berchtold, et al. (2006). Jeunes vulnérables en Suisse: faits et données. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Tinat, K. (2006). "Le contrôle extrême de la nourriture: un regard sur l'anorexie mentale à Mexico." *Journal des anthropologues* 106-107: 105-122.
- Travaillot, Y. (1998). *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris, Presse Universitaire de France.

V. ANNEXES

1. Questionnaire

NB : La version imprimée du questionnaire (en français et en allemand) a été formatée sur deux pages recto-verso.

1.1. Questionnaire en français

ID _____

QUESTIONNAIRE « TAPS-1 » : CONDUITES ALIMENTAIRES ET PRATIQUE SPORTIVE

A. VOTRE PRATIQUE SPORTIVE

- 1. Pratiquez-vous des sports de remise en forme ?** ☐₁ Oui
☐₂ Non (*Passez directement à la question 2*)

a. **Quel type de cours de remise en forme suivez-vous régulièrement ?** (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐₁ Cardio-vasculaires (aérobic, step, kick-boxing, biking, latino, bodyattack, etc.)
☐₂ Renforcement musculaire ou harmonisation de la posture (fit-ball, gym dos, body pump, pilates, chi ball, bodybalance, stretching, yoga, etc.)
☐₃ Autres, précisez :

b. **À quel âge avez-vous commencé à pratiquer les sports de remise en forme ?**
___ ans

c. **Vous pratiquez ce type de sport...** (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐₁ dans le cadre du sport universitaire
☐₂ dans une salle de fitness privée
☐₃ dans un club, une association
☐₄ Autres, précisez :

d. **Combien de fois pratiquez-vous par semaine les sports de remise en forme?**

- ☐₁ 4 fois/semaine ou plus
☐₂ 2-3 fois/semaine
☐₃ 1 fois/semaine
☐₄ Moins d'une fois par semaine

e. Combien d'heures consacrez-vous par semaine à ce type de sport: __ h / sem

f. Quelle est votre motivation principale à pratiquer ce sport ?

g. La perte de poids est-elle une motivation importante dans la pratique de ce sport ?

Pas du tout
importante
☐₁

Un peu
importante
☐₂

Moyennement
importante
☐₃

Importante
☐₄

Très
importante
☐₅

h. Est-ce que le sport de remise en forme est votre pratique sportive principale ?

☐₁ Oui (*Passez directement à la question 4*)

☐₂ Non

2. QUEL EST VOTRE SPORT PRINCIPAL ?

a. À quel âge avez-vous commencé à pratiquer ce sport ? __ __ ans

Vous pratiquez votre sport principal...

b. En association/club ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

c. En compétition ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

d. Si vous pratiquez en compétition, dans quelle catégorie ?

☐₁ Régionale (Cantonale)

☐₂ Nationale (Suisse)

☐₃ Internationale

e. Combien d'heures consacrez-vous par semaine à votre sport principal: __
h/sem

3. Au total, combien d'heures par semaine consacrez-vous à la pratique sportive en moyenne (tous sports confondus) : __ __ h / sem

4. Souffrez-vous, ou avez-vous souffert, de fractures de fatigue / stress (*fracture incomplète des os, fine fissure d'un os*) ...

a. ... En ce moment ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

b. ... Par le passé ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

5. Le médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une faible densité minérale osseuse, voire des problèmes d'ostéoporose ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

6. Les propositions qui suivent se réfèrent à votre pratique d'activité(s) physique(s), c'est-à-dire à (aux) l'activité(s) physique(s) que vous pratiquez dans la semaine, week-end compris.

	Jamais			Toujours		
1. Je pratique une ou des activités physiques pour éviter d'être irritable	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
2. Je pratique en dépit de problèmes physiques répétés	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

3. J'augmente sans cesse l'intensité de ma pratique physique pour parvenir aux effets désirés ou bénéfices souhaités	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
4. Je suis incapable de réduire la durée de ma pratique physique	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
5. Je préfère pratiquer cette (ces) activité(s) plutôt que de passer du temps en famille ou avec des amis	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
6. Je passe beaucoup de temps à pratiquer cette (ces) activité(s)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
7. Je pratique plus longtemps que je n'en avais l'intention	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
8. Je pratique cette (ces) activité(s) pour éviter d'être anxieux	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
9. Je pratique cette (ces) activité(s) quand je suis blessé(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
10. J'augmente sans cesse la fréquence de mes séances de pratique physique pour parvenir aux effets désirés ou aux bénéfices souhaités	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
11. Je suis incapable de diminuer la fréquence de mes séances de pratique	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
12. Je pense à ma pratique physique alors que je devrais me concentrer sur mon travail ou sur mes études	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
13. Je passe presque tout mon temps libre à pratiquer une (des) activité(s) physique(s)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
14. Je pratique cette (ces) activité(s) plus longtemps que je ne m'attendais à le faire	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
15. Je pratique une (des) activité(s) pour éviter de me sentir tendu(e)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
16. Je pratique une (des) activité(s) en dépit de problèmes physiques persistants	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
17. J'augmente continuellement la durée de ma pratique pour parvenir aux effets désirés ou aux bénéfices souhaités	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
18. Je suis incapable de diminuer l'intensité de ma pratique	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
19. Je choisis de pratiquer cette (ces) activité(s) de sorte que je ne peux plus passer du temps avec mes ami(e)s ou ma famille	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
20. Une grande partie de mon temps est consacrée à la pratique d'une activité(s) physique(s)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
21. Je pratique cette (ces) activité(s) plus longtemps que je ne l'avais envisagé	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B. VOTRE RAPPORT AU CORPS

Nous aimerions connaître comment vous vous êtes senti(e) par rapport à votre silhouette au cours des dernières quatre semaines. Lisez, s'il vous plaît, chaque question et choisissez entre les six propositions (de « jamais » à « toujours ») celle qui vous semble le plus juste.

AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES :

	Jamais	Rarement	Quelque-fois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Avez-vous eu peur de devenir gros(se) (ou plus gros(se)) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
2. Vous sentir rempli(e) (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir gros(se) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
3. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation ?)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
4. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
5. Vous êtes vous senti(e) excessivement gros(se) ou rond(e) ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
6. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle sur vous-même ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
7. Voir votre reflet (dans un miroir ou une vitrine de magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
8. Avez-vous été particulièrement préoccupé(e) par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

C. VOTRE CONDUITE ALIMENTAIRE

Pour chacune des caractéristiques suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en cochant la case la plus appropriée, en fonction de l'échelle ci-dessous.

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Je suis terrifié(e) à la pensée d'être trop gros(se)	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
2. J'évite de manger quand j'ai faim	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁

3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
4. J'ai eu des épisodes de gloutonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments quand je mange	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz)	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
9. Je vomis après avoir mangé	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
10. Je me sens très coupable après avoir mangé	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
13. Les autres pensent que je suis trop mince	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse sur le corps	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
16. J'évite de manger des aliments sucrés	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
17. Je mange des aliments diététiques	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon	☐ ₆	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁

alimentation

20. Je sens que les autres me poussent à manger

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

Toujours Très souvent Souvent Parfois Rarement Jamais

21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

23. Je m'oblige à me mettre à la diète

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

24. J'aime avoir l'estomac vide

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

26. Je ressens le besoin de vomir après les repas

☐₆ ☐₅ ☐₄ ☐₃ ☐₂ ☐₁

27. Êtes-vous ?

☐₁ Végétarien

☐₂ Végétalien (*régime végétarien sans apport ni de lait ni d'œufs*)

☐₃ Ni l'un, ni l'autre

28. À quelle fréquence utilisez-vous les méthodes citées ci-dessous pour perdre du poids ?

	Jamais	1 fois par mois ou moins	1 fois par semaine ou moins	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Régimes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Jeûnes (<i>Ne pas manger pendant 24h</i>)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Vomissements provoqués	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Laxatifs (<i>Médicaments pour purger l'intestin</i>)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Diurétiques (<i>Médicaments diminuant la rétention d'eau</i>)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Coupes-faim	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

29. Depuis combien de temps utilisez-vous ces méthodes pour perdre du poids ?

	Jamais	Depuis moins de 6 mois	Depuis 6 à 12 mois	Depuis plus d'1 an
Régimes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Jeûnes	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Vomissements provoqués	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Laxatifs	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Diurétiques	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Coupes-faim	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

30. Votre entourage vous influence-t-il à perdre du poids ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
- Vos parents/ votre famille	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
- Votre instructeur, entraîneur sportif	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
- Vos amis dans le sport	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
- Vos amis en dehors du sport	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁
- Les médias (presse, télévision, Internet, etc.)	☐ ₅	☐ ₄	☐ ₃	☐ ₂	☐ ₁

D. VOTRE PERSONNALITE

Vous trouverez ci-dessous une liste de caractéristiques personnelles placées par paires. Chaque paire décrit des caractéristiques contraires, ainsi vous ne pouvez être les deux à la fois. Les lettres (A, B, C, D, E) forment une échelle entre les deux extrêmes. Nous vous demandons de cocher à chaque fois la case qui correspond le mieux à ce que vous êtes.

	A	B	C	D	E	
1. Pas du tout indépendant(e)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très indépendant(e)
2. Pas du tout émotif(ve)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très émotif(ve)
3. Très passif(ve)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très actif(ve)
4. Incapable de se consacrer complètement aux autres	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Capable de se consacrer complètement aux autres

5. Très brutal(e)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très doux(ce)
6. Pas du tout serviable	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très serviable
7. Pas du tout compétitif(ve)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très compétitif(ve)
8. Pas du tout aimable	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très aimable
9. Pas du tout sensible aux sentiments des autres	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très sensible aux sentiments des autres
10. Prend facilement des décisions	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	A beaucoup de difficultés à prendre des décisions
11. Baisse facilement les bras	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Ne baisse jamais facilement les bras
12. N'est pas du tout sûr(e) de soi	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Est très sûr(e) de soi
13. Se sent très inférieur(e) aux autres	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Se sent très supérieur(e) aux autres
14. Pas du tout compréhensif(ve)	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très compréhensif(ve)
15. Très froid(e) dans ses relations avec les autres	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Très chaleureux(se) dans ses relations avec les autres
16. Perd toute maîtrise de soi sous la pression	☐ ₀	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	Garde toute maîtrise de soi sous la pression

E. VOS DONNEES PERSONNELLES

1. Sexe : ☐₁ Féminin ☐₂ Masculin

2. Année de naissance : ____

3. Taille : ____ cm

4. Poids actuel : ____ kg

5. Poids idéal (recherché) : ____ kg

6. Poids antérieur le plus faible (pour cette taille) : ____ kg

7. Poids antérieur le plus élevé (à l'exception des grossesses) : ____ kg

8. À quelle fréquence, vous pesez-vous ?

- ☐₁ Tous les jours
- ☐₂ Une ou plusieurs fois par semaine
- ☐₃ Une ou plusieurs fois par mois
- ☐₄ Moins d'une fois par mois

9. Quelle est votre situation actuelle ?

- ☐₁ En formation (apprenti, écolier, étudiants) ☐₃ Au chômage
- ☐₂ En emploi ☐₄ Au foyer

10. Quel est votre niveau de formation ?

- ☐₁ Études Supérieures (*Université, Haute École*)
- ☐₂ Enseignement général post-obligatoire (*Maturité gymnasiale, certificat de culture générale, maturité spécialisée, etc.*)
- ☐₃ Enseignement professionnel post-obligatoire (*Certificat Fédéral de Capacité, maturité professionnelle, etc.*)
- ☐₄ Scolarité obligatoire
- ☐₅ Autre, précisez :

11. OÙ habitez-vous ?

- ☐₁ À la montagne, à la campagne ou dans un village
- ☐₂ Dans une ville ou en banlieue d'une ville

12. Dans quel canton habitez-vous ?

13. Quelle est votre nationalité (Plusieurs réponses possibles) ?

- ☐₁ Suisse ☐₂ Nationalité européenne ☐₃ Autre nationalité

14. Quelle est la situation actuelle de vos parents ?

- ☐₁ Ils vivent ensemble
- ☐₂ Ils sont séparés ou divorcés
- ☐₃ Votre père est décédé
- ☐₄ Votre mère est décédée
- ☐₅ Votre père et votre mère sont décédés
- ☐₆ Autre, précisez :

15. Quel est le niveau de formation le plus élevé de vos parents (ou de vos beaux-parents ou de l'ami(e) du parent, avec lesquels vous vivez ou viviez le plus souvent) ?

	Mère	Père
- Études supérieures (<i>Université, Haute École</i>)	☐ ₅	☐ ₅
- Enseignement général post-obligatoire (<i>maturité gymnasiale, certificat de culture générale, maturité spécialisée, etc.</i>)	☐ ₄	☐ ₄
- Enseignement professionnel post-obligatoire (<i>Certificat Fédéral de Capacité (CFC), maturité professionnelle, etc.</i>)	☐ ₃	☐ ₃
- École obligatoire	☐ ₂	☐ ₂
- N'est pas allé(e) à l'école (ni en Suisse, ni à l'étranger)	☐ ₁	☐ ₁
- Vous ne savez pas	☐ ₀	☐ ₀

16. Vivez-vous toujours chez vos (ou un de vos) parents ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

17. Si non, est-ce que vous les voyez régulièrement ?

☐₁ Oui, les deux ☐₂ Oui, au moins l'un d'entre eux ☐₃ Non, aucun des deux

18. Des membres de votre famille rencontrent-ils, ou ont-ils rencontré dans le passé ...

a. ... des troubles dans leur conduite alimentaire (*troubles anorexiques, boulimiques, etc.*) ?

☐₁ Aucun ☐₂ Mère ☐₃ Père ☐₄ Frères ou sœurs ☐₅ Autres :

b. ... des troubles psychologiques (*états dépressifs, phobies, obsessions compulsives, etc.*) ?

☐₁ Aucun ☐₂ Mère ☐₃ Père ☐₄ Frères ou sœurs ☐₅ Autres :

Pour les répondants féminins seulement :

19. Prenez-vous un contraceptif hormonal (*pilule, stérilet, anneau vaginal, etc.*) ?

☐₁ Oui

☐₂ Non

20. Souffrez-vous (ou avez-vous souffert) de troubles menstruels...

a. ... En ce moment ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

b. ... Par le passé ? ☐₁ Oui ☐₂ Non

c. ... Pendant plus de 3 mois successifs (*hormis période de grossesse*) ?

☐₁ Oui ☐₂ Non

*PS : Dans le cadre de cette étude, nous recherchons également des volontaires pour participer à des **entretiens**. Ces entretiens seront **anonymes**. Si vous êtes d'accord de nous consacrer un peu de votre temps, veuillez indiquer ci-après vos coordonnées (mail ou téléphone) :*

.....

Nous vous remercions sincèrement pour votre contribution !!!

1.2. Questionnaire en allemand

ID _____

FRAGEBOGEN " TAPS-1 ": FITNESSTRAINING UND ESSGEWOHNHEITEN

Bitte markieren Sie die Antwort im zutreffenden Feld deutlich mit einem schwarzen Stift. Falls Sie etwas korrigieren möchten, streichen Sie die falsche Antwort deutlich durch. Herzlichen Dank!

A. Ihr Sportverhalten

1. Betreiben Sie Fitnesstraining?

☐ Ja

☐ Nein (*Gehen Sie direkt zu Frage 2*)

a. Welche Arten von Fitnesssport betreiben Sie regelmässig? (*Mehrere Antworten möglich*)

☐ Kardiovaskulär (Aerobic, Step, Kickboxen, Biking, Latino, Bodyattack, etc.)

☐ Muskelaufbau oder Haltungstraining (Fit-ball, Rückengymnastik, Bodypump, Pilates, Chi-ball, Bodybalance, Stretching, Yoga, etc.)

☐ Andere Antwort, bitte präzisieren Sie:

b. In welchem Alter haben Sie angefangen, Fitnesssport zu treiben? ____ Jahre

c. Sie treiben Fitnesstraining... (*Mehrere Antworten möglich*)

☐ im Rahmen des Universitätssports

☐ in einem Fitnesszentrum

☐ in einem Verein

☐ Andere Antwort, bitte präzisieren Sie:

d. Wie oft pro Woche betreiben Sie Fitnesstraining?

☐ 4 mal pro Woche oder öfter

☐ 2-3 mal pro Woche

☐ 1 mal pro Woche

☐ Weniger als einmal pro Woche

e. Wie viel Stunden pro Woche treiben Sie Fitnesssport? ____ Stunden pro Woche

f. Was ist Ihre Hauptmotivation zum Fitnesstraining?

g. Ist Gewichtsverlust eine wichtige Motivation zum Fitnessstraining?

Gar nicht wichtig	Ein wenig wichtig	Mittelmässig wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
☐	☐	☐	☐	☐

h. Ist Fitnessstraining Ihre hauptsächliche Sportaktivität?

- ☐ Ja (*Gehen Sie direkt zu Frage 4*)
☐ Nein

2. Hauptsportart

Welches ist Ihre Hauptsportart?

b. In welchem Alter haben Sie angefangen, diese Sportart zu treiben? ____
Jahre

Betreiben Sie Ihre Hauptsportart ...

b. Im Verein? ☐ Ja
☐ Nein

c. Nehmen Sie in Ihrer Sportart an Wettkämpfen teil? ☐ Ja
☐ Nein

d. Wenn Sie in Ihrer Hauptsportart an Wettkämpfen teilnehmen, auf welchem Niveau?

- ☐ Regional (Kantonal)
☐ National (Schweiz)
☐ International

e. Wie viel Stunden pro Woche widmen Sie Ihrer Hauptsportart? ____
Stunden / Woche

3. Wie viel Stunden pro Woche treiben Sie im Durchschnitt Sport
(alle Sportarten zusammen)? ____ Stunden / Woche

4. Haben/Hatten Sie schon Ermüdungsbrüche / Stressfrakturen (*unvollständiger Bruch / feiner Riss eines Knochens*)... Ja Nein

- a. ... Zurzeit?** ☐ ☐
b. ... In der Vergangenheit? ☐ ☐

5. Hat Ihr Arzt bei Ihnen schon einmal eine geringe mineralische Dichte der Knochen oder sogar osteoporotische Probleme diagnostiziert? ☐
Ja

○
Nein

6. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre sportliche Betätigung, also auf die von Ihnen unter der Woche und am Wochenende betriebene(n) Sportart(en).

	Nie						Immer					
1. Ich betreibe eine oder mehrere Sportaktivitäten, weil ich sonst leicht reizbar bin	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. Ich treibe trotz häufiger körperlicher Beschwerden Sport	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3. Ich erhöhe die Intensität meines Sporttreibens, damit sich die gewünschte positive Wirkung einstellt bzw. sich die gewünschten Ergebnisse einstellen	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4. Ich schaffe es nicht, die Dauer meines Sporttreibens zu reduzieren	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Ich treibe lieber Sport als Zeit mit meiner Familie oder meinen Freunden zu verbringen	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6. Ich verbringe viel Zeit mit Sport	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7. Ich mache länger Sport als ich vorhatte	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8. Ich mache Sport, weil ich sonst eine gewisse innere Unruhe in mir verspüre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9. Ich mache auch dann Sport, wenn ich verletzt bin	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10. Ich erhöhe die Häufigkeit meines Sporttreibens, damit sich die gewünschte positive Wirkung einstellt bzw. sich die gewünschten Ergebnisse einstellen	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11. Ich schaffe es nicht, weniger häufig Sport zu treiben	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12. Ich konzentriere mich nicht ausreichend auf meine Arbeit bzw. aufs Lernen, weil ich immer nur an meinen Sport denke	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13. Ich verbringe fast meine gesamte Freizeit damit, Sport zu treiben	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
14. Ich mache in der Regel länger Sport als ich es ursprünglich vorhatte	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15. Ich mache Sport, weil ich mich sonst angespannt fühle	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
16. Ich treibe trotz anhaltender Gesundheitsprobleme Sport	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17. Ich verlängere mein Sporttreiben, damit sich die gewünschte positive Wirkung einstellt bzw. sich die gewünschten Ergebnisse einstellen	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

18. Ich schaffe es nicht, weniger intensiv Sport zu betreiben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich treibe Sport in einer Weise, dass ich keine Zeit mehr mit meinen Freunden oder mit meiner Familie verbringen kann	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich widme einen Großteil meiner Zeit sportlichen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich verbringe mehr Zeit mit Sport als ich es eigentlich vorhatte	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B. Ihr Körpergefühl

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Gedanken oder Gefühle, die mit Ihrer Figur zusammenhängen. Bitte denken Sie bei Ihren Antworten an die letzten 4 Wochen. Lesen Sie sich bitte jede Frage durch und kreuzen Sie dann rechts das zutreffende Feld an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Während der letzten 4 Wochen:

	Nie	Selten	Manch mal	Oft	Sehr oft	Imme r
1. Hatten Sie Angst davor, dick zu werden (oder dicker)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Fühlten Sie sich dick mit einem volle Magen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hat die Beschäftigung mit Ihrer Figur Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt (z.B. beim Fernsehen, Lesen oder in Gesprächen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Haben Sie sich vorgestellt, an bestimmten Stellen Ihres Körpers das Fett einfach wegzuschneiden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Haben Sie sich dick und fett gefühlt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Haben Sie gedacht, Ihre jetzige Figur sei die Folge mangelnder Selbstbeherrschung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Haben Sie Ihre Figur abgelehnt, wenn Sie sich im Spiegel sahen (oder im Schaufenster)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Führte das Zusammensein mit anderen dazu, dass Sie sich besonders mit Ihrer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Figur beschäftigt haben?

C. IHRE ESSGEWOHNHEITEN

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Ess- und Konsumgewohnheiten. Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen die jeweils für Sie zutreffend Antwort an. (Bitte jede Zeile beantworten.)

	Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen (totale Aufmerksamkeit fürs Essen).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ich zerteile mein Essen in extrem kleine Stücke.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ich weiss, wieviel Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ich meide besonders die Nahrungsmittel, die viele Kohlehydrate haben (Brot, Teigwaren)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich spüre, dass es andere gerne sähen, wenn ich mehr essen würde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich erbreche nach dem Essen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Wenn ich in Bewegung bin, denke ich daran, wieviel Kalorien ich dabei verbrauche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Mich beherrscht das Gefühl, dass ich Fett an meinem Körper habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ich brauche mehr Zeit als andere, um meine Mahlzeiten aufzuessen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ich halte Diät (esse wenig oder nur ausgewählte Nahrungsmittel).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht (meine Gedanken kreisen meist ums Essen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ich kontrolliere mein Essverhalten (was und wieviel ich esse).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Mein Essverhalten beschäftigt mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Ich probiere gerne neues, reichhaltiges (üppiges) Essen aus.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang zu erbrechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 27. Sind Sie?** ☐ Ovo-lakto-Vegetarier (Sie essen Eier und Milchprodukte, aber kein Fleisch)
- ☐ Vegetarier (Sie essen auch keine Eier oder Milchprodukte)
- ☐ Keines von beiden

28. Benutzen Sie die unten zitierten Methoden, um abzunehmen? In welcher Häufigkeit?

	Nie	1 Mal pro Monat oder weniger	1 Mal pro Woche oder weniger	Mehrmals pro Woche	Jeden Tag
Diät	☐	☐	☐	☐	☐
Fasten (Keine Nahrungsaufnahme während 24 Stunden)	☐	☐	☐	☐	☐
Provoziertes Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Abführmittel (Medikamente zur Entleerung des Darmes)	☐	☐	☐	☐	☐
Diuretika (Medikamente zur Entwässerung)	☐	☐	☐	☐	☐

Medikamente zur Unterdrückung des Hungergefühls	☐	☐	☐	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

29. Seit wann benutzen Sie die unten zitierten Methoden um abzunehmen?

	Nie	Seit weniger als 6 Monaten	Seit 6 bis 12 Monaten	Seit mehr als einem Jahr
Diät	☐	☐	☐	☐
Fasten	☐	☐	☐	☐
Provoziertes Erbrechen	☐	☐	☐	☐
Abführmittel	☐	☐	☐	☐
Diuretika	☐	☐	☐	☐
Medikament zur Unterdrückung des Hungergefühls	☐	☐	☐	☐

30. Beeinflusst Sie Ihr Umfeld abzunehmen?

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Ihre Eltern / Familie	☐	☐	☐	☐	☐
Ihre sportlichen Trainer	☐	☐	☐	☐	☐
Ihre Sportfreunde	☐	☐	☐	☐	☐
Ihre anderen Freunde	☐	☐	☐	☐	☐
Die Massenmedien (Presse, Fernsehen, Internet, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐

D. IHRE PERSÖNLICHKEIT

Sie finden nachstehend eine Liste mit paarweise angegebenen persönlichen Eigenschaften. Jedes Paar beschreibt gegensätzliche Eigenschaften, daher können auf Sie nicht beide Eigenschaften gleichzeitig zutreffen. Die Buchstaben (A, B, C, D, E) bilden eine Skala zwischen beiden Extremen. Bitte markieren Sie den Skalenwert, der auf Sie am besten zutrifft.

	A	B	C	D	E	
1. nicht unabhängig von anderen	☐	☐	☐	☐	☐	völlig unabhängig von anderen

2. nicht gefühlsbetont	☐	☐	☐	☐	☐	sehr gefühlsbetont
3. sehr passiv	☐	☐	☐	☐	☐	sehr aktiv
4. unfähig auf andere einzugehen	☐	☐	☐	☐	☐	fähig, auf andere einzugehen
5. sehr rau	☐	☐	☐	☐	☐	sehr sanft
6. nicht hilfsbereit	☐	☐	☐	☐	☐	hilfsbereit
7. messe mich nicht gern mit anderen	☐	☐	☐	☐	☐	messe mich gern mit anderen
8. sehr unfreundlich	☐	☐	☐	☐	☐	sehr freundlich
9. der Gefühle anderer nicht bewusst	☐	☐	☐	☐	☐	der Gefühle anderer bewusst
10. fälle leicht Entscheidungen	☐	☐	☐	☐	☐	fälle schwer Entscheidungen
11. gebe leicht auf	☐	☐	☐	☐	☐	gebe nie leicht auf
12. nicht selbstsicher	☐	☐	☐	☐	☐	sehr selbstsicher
13. fühle mich unterlegen	☐	☐	☐	☐	☐	fühle mich überlegen
14. nicht verständnisvoll gegenüber anderen	☐	☐	☐	☐	☐	verständnisvoll gegenüber anderen
15. sehr kühl in den Beziehungen zu anderen	☐	☐	☐	☐	☐	sehr herzlich in den Beziehungen zu anderen
16. kann Druck nicht standhalten	☐	☐	☐	☐	☐	kann Druck gut standhalten

E. IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

1. Geschlecht: ☐ Weiblich
☐ Männlich

2. Geburtsjahr: ____

3. Körpergrösse: ____ cm

4. Aktuelles Körpergewicht: ____ ____ ____ kg

5. Wunschgewicht: ____ ____ ____ kg

6. Niedrigstes bisheriges Gewicht (bei der aktuellen Körpergrösse): ____ ____ ____ kg

7. Höchstes bisheriges Gewicht (ausser bei Schwangerschaften): ____ ____ ____ kg

8. Wie oft wiegen Sie sich?

- ☐ Jeden Tag
- ☐ Einmal oder mehrmals pro Woche
- ☐ Einmal oder mehrmals pro Monat
- ☐ Weniger als einmal pro Monat

9. Was ist Ihre gegenwärtige Beschäftigung?

- ☐ In Ausbildung (Lehrling, Schüler/in, Student/in)
- ☐ Berufstätig
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Haushalt

10. Was ist Ihr Bildungsniveau ?

- ☐ Studium (*Universität, Hochschule*)
- ☐ Gymnasiale Maturität
- ☐ Berufslehre, Berufsmaturität
- ☐ Obligatorischer Schulabschluss
- ☐ Andere Antwort, bitte präzisieren Sie:

11. Wo wohnen Sie? ☐ Auf dem Land

☐ In einer Stadt

12. In welchem Kanton wohnen Sie?

13. Was ist Ihre Staatsangehörigkeit (Mehrere Antworten möglich)?

- ☐ Schweizer Staatsangehörigkeit
- ☐ Europäische Staatsangehörigkeit
- ☐ Andere Staatsangehörigkeit

14. Wie ist die gegenwärtige Situation Ihrer Eltern?

- ☐ Sie leben zusammen

- ☐ Sie leben getrennt oder sind geschieden
- ☐ Ihr Vater ist verstorben
- ☐ Ihre Mutter ist verstorben
- ☐ Ihr Vater und Ihre Mutter sind verstorben
- ☐ Andere Antwort, bitte präzisieren Sie:

15. Was ist das höchste erlangte Ausbildungsniveau Ihrer Eltern (oder Ihrer Schwiegereltern oder der Eltern Ihres Partners, falls Sie mehrheitlich bei Ihnen leben oder gelebt haben)?

	Mutter	Vater
Studium (<i>Universität, Hochschule</i>)	☐	☐
Maturität	☐	☐
Berufslehre, Berufsmaturität	☐	☐
Obligatorischer Schulabschluss	☐	☐
Kein Schulabschluss (weder in der Schweiz, noch im Ausland)	☐	☐
Weiss nicht	☐	☐

16. Leben Sie immer noch bei Ihren Eltern (bei einem Elternteil oder bei beiden)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

17. Wenn nein, sehen Sie sie regelmässig?

- ☐ Ja, beide
- ☐ Ja, mindestens einen von beiden
- ☐ Nein

18. Haben oder hatten Mitglieder Ihrer Familie...

a. ... Probleme mit ihrem Essverhalten (*Anorexie, Bulimie, etc.*)?

- ☐ Keiner
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Bruder / Schwester

☐ Andere Person:

b. ... psychologische Beschwerden (*depressive Zustände, Phobien, Zwangsvorstellungen*) ?

- ☐ Keiner
☐ Mutter
☐ Vater
☐ Bruder / Schwester
☐ Andere Person:

Nur für Frauen:

19. Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel (*Pille, Spirale, Vaginalring, etc.*)?

- ☐ Ja
☐ Nein

20. Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden...

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. ... im Moment? | ☐ | ☐ |
| b. ... in der Vergangenheit? | ☐ | ☐ |
| c. ...während mehr als 3 aufeinanderfolgender Monate
(ausserhalb von Schwangerschaften)? | ☐ | ☐ |

Vielen Dank !!!

2. Entretiens

2.1. Guide d'entretien Projet TAPS 1

Pour chaque thème, l'état actuel des comportements, conduites, attitudes sera abordé ainsi que leur évolution avec l'âge (enfance, adolescence, adulte).

1. Pratique sportive

- Aujourd'hui
- Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)
-
- **Types de sport pratiqués :**
 - marches interminables à pas rapide, séances de musculation, de sport de remise en forme, longueurs de piscine, sports de loisir-compétition, club, association-libre...
- **Durée de pratique :**
 - âge de commencement
- **Fréquence, quantité de pratique (hyperactivité physique) :**
 - nombre, durée des séances, augmentation de la tolérance de l'intensité chaque année, gestion de la fatigue, moment de repos
- **Importance du sport dans la vie (dépendance, addiction, obsession) :**
 - addiction, rituel, manque, augmentation de la tolérance de l'intensité chaque année.
 - Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice. Poursuite de l'exercice physique en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs.
 - Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés à l'activité sportive.
- **Motivations à commencer : lesquels ?**
 - préoccupation excessive liée au poids, à l'apparence, perte de poids, dépense calorique, raison principale, importante ?
 - plaisir, amis, bien-être, se défouler, changer les esprits,...
- **Motivations à poursuivre : idem**
- **Apports / santé physique, psychologique, apparence physique :**
 - bénéfices ressentis, une contrainte à certains moments ?

2. Rapport au corps, au poids

- Aujourd'hui
- Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)
-

Comment vous sentez-vous dans votre corps ? Est-ce que ça a toujours été le cas ? Est-ce que ça évolué avec les années, à l'enfance, à la puberté ?

- **Satisfaction, Rapport à l'apparence physique (distorsion de l'image corporelle) :**
 - o qu'est ce que vous pensez quand vous vous regardez dans une glace ? Etes-vous satisfaite de votre apparence physique, silhouette ?
 - o Silhouette harmonieuse ? Parties du corps aimées ? Parties du corps détestées, que vous aimeriez changé ?
- **Tenues vestimentaire** (dissimulant, peine à faire du shopping, essayage dans cabine, miroir, bien-être dans affaire de sport ?) :
 - o tenues serrées qui mettent en valeur votre corps, tenues amples qui cachent votre corps ?
- **Rapport au poids, peur de grossir :**
 - o poids actuel, poids idéal/désiré, poids le plus faible, poids le plus gros, fréquence des pesées, nombre de kilos perdus en combien de temps,
 - o problème d'obésité dans l'enfance
 - o Envie de perdre du poids, obsession, crainte de grossir,
 - o Etre grosse signifie quoi pour vous ? Qu'est ce qui vous pousse à perdre du poids ? Evolution des motivations avec le temps
- **Méthodes utilisées pour perdre du poids :** lesquels ?
 - o fréquence, moments d'utilisation, durée, motivations, efficacité
 - o Jeûne (ne pas manger pendant 24h),
 - o Régime,
 - o Laxatifs (médicaments pour purger les intestins),
 - o Diurétiques (médicaments qui diminuent la rétention d'eau),
 - o Vomissements provoqués,
 - o Pilules amaigrissantes...
- **Influences sociales à maigrir** (dans le contexte familial dans le réseau social et dans le milieu sportif) :
 - o Avez-vous subi et/ou subissez-vous aujourd'hui des remarques, plaisanteries, moqueries sur votre physique, poids, apparence, style vestimentaire ?
 - o Remarques directes / indirectes (comportements, plaisanteries, moqueries)
 - o Fréquence des remarques
 - o Vécu de ces remarques : mal vécus, insupportables, pas d'importance
 - o Sources de ces influences, remarques :
 - **Dans le contexte familial :** père, mère, frères/sœurs, un autre membre de la famille (tante, oncle, grands parents)
 - **Dans le réseau social :** amis à l'école, dans votre lieu de résidence
 - **Dans le milieu sportif :** amis dans votre pratique sportive, votre coach
- **Influence du modèle sociétal de la minceur :**
 - o mannequins, actrices ultra-minces dans médias, publicités, que pensez-vous des stars comme Kate moss, Angelina Jolie, Beckam... qui sont très maigres ? Est ce que vous les trouvez jolies ?
 - o Est ce que vous aimeriez leur ressembler ? Identification à ces modèles, un exemple à suivre, à fuir. Beauté de la maigreur
 - o Donner une femme que vous admirez dans le show-biz (actrice, mannequin, etc) : raisons

- Ce modèle de la minceur vous incite-t-il ou vous a-t-il incité à perdre du poids ?
- **Rapport à la féminité, idéal féminin :** être féminine, que signifie-t-il pour vous ? (angoisse, peur, rejet...)
 - Qu'est ce que la beauté féminine pour vous ? Votre idéal physique féminin ? Avec ou sans forme ?
 - Trouvez-vous les formes féminines (seins, hanches) belles ? sur vous ? sur les autres ?
 - Transformations pubertaires, bien/mal vécues ? (Refus des formes et des sensations).

3. Rapport à la nourriture, conduites alimentaires

- **Aujourd'hui**
- **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**
- **Décrire le nombre et le type repas d'une journée type** (nombre, type d'aliment, interdits, répartition dans la journée)
 - Repas régulier ou il faut l'avoir mérité (après un effort physique) ?
 - Des rituels ?
- **Élaboration et confection des repas** (pour elle seule, la famille, règles strictes, TOC : heures fixes, matières grasses, etc.) :
 - est-ce que vous cuisinez ? pour vous seulement ? pour toute la famille ? Réactions de l'entourage.
 - Aliments consommés dans un ordre logique ou sans ordre logique au cours des repas ?
 - Consommation de poivre, moutarde, épices ? excessive ?
- **Préférence alimentaire, restriction qualitative, conduite de sélection :**
 - aliments les plus appréciés, les moins appréciés, ceux qui sont évités, ceux les plus souvent mangés
 - Certains aliments que vous ne mangez jamais ? Lesquels ?
 - Comportements face aux produits gras, aux produits sucrés, exclusion des produits les plus caloriques, choix de produits allégés, tri dans l'assiette
- **Restriction quantitative, quantité de nourriture ingérée:** types de portions (petites, moyennes, grandes),
 - Est ce que vous mangez dès que vous avez faim ? Lutte contre la sensation de faim ? Freine l'envie de manger ?
 - Découpage des aliments en portions minuscules, lenteur de l'ingestion ou au contraire prise rapide et quasi automatisée
 - Usage de coupe-faim : fréquence, moments d'utilisation, durée, motivations, efficacité
- **Connaissances nutritives :** connaissance des recommandations nutritionnelles journalières, calories, protéines, glucides, lipides des produits ? Cuisine ?
- **Plaisir à manger :** un plaisir ou pas de plaisir dans la nourriture, que faites-vous quand vous avez faim ?
 - sensations ressenties, lutte contre la faim
- **Importance de la nourriture, obsession :** pensez-vous souvent à ce que vous allez manger ? à la nourriture ?
 - Fréquence des pensées, Anticipation des prochains repas, comptage des calories ingérées, collection de recettes de cuisine
- **Orgies + vomissements, crises de boulimie :**
 - pulsions à manger massivement, en dehors de toute sensation de faim, fréquence, durée. Crises impulsives, rituels ?

- vomissements (spontanés ou le plus souvent provoqués, facilités par l'ingestion abondante de lipides)
- **Facteurs ayant joué un rôle dans ces conduites alimentaires (seulement pour les filles qui ont des troubles alimentaires)**
 - Selon vous, pourquoi ces troubles alimentaires sont-ils apparus ? Est-ce que vous avez subi des pressions sociales pour maigrir, est-ce lié à un mal-être personnel, un corps qui ne vous plaisait pas ?
 - Violence psychologique, physique ?
 - Comment, à quel moment les troubles alimentaires sont apparus ?

4. Caractéristiques psychologiques

- **Aujourd'hui**
- **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**

Est-ce que vous vous définissez comme une personne en bonne santé psychique ?

- **Confiance en soi:** mal-être, sentiment d'infériorité, manque de confiance en soi, pas sûr de soi
- **Anxiété :** est-ce que vous vous définissez comme une personne anxieuse ?
- **Perfectionnisme :** Exigeant avec soi-même, objectifs à atteindre très élevés, Inflexibilité, rigidité
 - Préoccupations excessives liées aux attentes des parents et leurs critiques, course effrénée à une image parfaite, peur de faire des erreurs, doute, attitudes face aux erreurs, manque (vécus comme un désastre)
 - Organisation des tâches (ordre, précision),
- **Difficultés dans l'expression des émotions négatives :** Se renferme sur soi-même quand ça ne va pas,
 - en parle ? À qui ?
- **Difficultés à résoudre des problèmes, conflits**
- **Troubles phobiques et hystériques :** peurs, phobies, lesquels ?
- **Troubles obsessionnels compulsifs :** avez-vous des tocs ?
 - Besoin de symétrie /précision/exactitude,
 - Besoin d'ordre/rangement/propreté, nettoyage excessif de la maison, rituel de lavage des mains
 - Rituels de vérification ou de comptage,
 - Peurs excessives de faire du mal aux autres ou de faire des erreurs (vérifier),
 - Préoccupations excessives pour la maladie et la contamination,
 - Obsessions sexuelles et religieuses,
- **États dépressifs :** phases de dépression ou état dépressif, nombre, durée, causes, gestion
- **Pensées et tentatives de suicide :** pensées suicidaires, TS, peur de la mort, attrait, raisons

5. Santé physique

- **Aujourd'hui**
- **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**

Est-ce que vous vous définissez comme une personne en bonne santé physique ?

(Dénier de la gravité de l'état de santé)

- **Fatigue général** (difficulté de concentration, troubles de la mémoire, du sommeil) :
 - o en forme, dynamique, épuisement physique ressenti
- **Blessures osseuses** : problèmes osseux, fracture de fatigue / ostéoporose
- **Troubles psychosomatiques** : eczéma, allergie, asthme
- **Troubles des phanères** : perte de cheveux fins, secs, cassants et des ongles cassants, peau sèche
- **Troubles digestifs** : reflux, constipation, diarrhée, inflammation intestinale, hémorroïdes
- **Troubles menstruels** : âge des 1^{re} règles, fréquence et régularité des cycles,
 - o moyen de contraception
 - o Aménorrhée primaire/secondaire (plus de 3 mois)
 - o Aménorrhée bien / mal vécue,
- **Autres troubles**: maux de tête, hypotension, bradycardie, hypothermie, problèmes thyroïdiens, érosion de l'émail dentaire, troubles du sommeil
- **Hospitalisations** : liée aux troubles alimentaires, autres

6. Style de vie

- **Aujourd'hui**
 - **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**
- **Loisirs, passe-temps (hyperactivité intellectuelle)** : mots fléchés, sodokus, accomplis de façon machinale
 - **Expérience scolaire / professionnelle** : recherche de performance scolaire / professionnelle, investissement excessif
 - o Stress à l'école, au travail : lié à la recherche de performance, relation aux autres, à l'enseignant, violences physiques, psychiques vécues
 - **Évènements traumatisants vécus** : violence psychique, physique, violence parentale, abus sexuel dans l'enfance, adolescence.

7. Contexte relationnel

- **Aujourd'hui**
 - **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**
- **Réseau relationnel** (désinvestissement social, nombre et type d'amis, isolement, retrait, indépendante) :
 - o Est-ce que votre réseau d'amis vous satisfait-il ? nombre d'amis, isolement, retrait
 - o Indépendante, sentiments ressentis à l'égard de la solitude, est-ce que vous préférez être seule ou avec des amis ? Ca dépend des moments ?
 - o Types d'amis : enfance, lieu de travail, de résidence, sport, soirée, étude
 - **Sorties entre amis** : fréquence, motivation, plaisir ressenti
 - **Discussions entre amis** (régimes, alimentation, vêtements) : fréquence, thèmes, discussions très générales, personnelles, intimes, confidentes

- **Types de relation** (dépendance interpersonnelle exagérée, difficultés à être bien, en confiance avec l'autre, attentes à l'égard des amis (exacerbées), sensibilité aux opinions des autres, manque d'autonomie) :
 - Leader
 - Difficultés à gérer la relation affective et à trouver une suffisamment bonne distance
 - Difficultés à être bien, en confiance avec l'autre
 - Attentes à l'égard des amis (exacerbées)
 - Facilement influençable
 - Capacité de refus et de l'échange
 - Sensibilité aux opinions des autres, manque d'autonomie
- **Relations amoureuses (verrouillage émotionnel)** : relations actuelles, antérieures sérieuses, durée,
 - Difficultés dans l'engagement
 - Mauvaises expériences antérieures (abus), sexualité réprimée, perte de libido,
 - Vie idéale amoureuse (peu de fantasmes, pensée opératoire).

8. Histoire familiale

- **Aujourd'hui**
 - **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**
- **Contexte familial** : parents mariés, en couple, divorcés, famille recomposée, relations inexistantes entre les parents, un parent absent, mort
 - **Relations avec l'entourage proche (famille protectrice, dépendance à la mère)** : fusionnel, in/dépendance, conflits, sévères, rigides, cocon familial
 - Angoisse si séparée de son entourage, lien de dépendance.
 - Difficultés à faire des choix personnels, suivre ses envies et désirs
 - **Pression parentale / perfectionnisme** : Exigences des parents (élevées)
 - **Antécédents de troubles alimentaires** (troubles alimentaires non spécifiés, anorexie mentale, boulimie nerveuse ou problème de surpoids, obésité...)
 - Mère
 - Autres : père, frères/soeurs, grands-parents maternels/paternels, cousins maternels/paternels
 - **Antécédents de troubles psychologiques** (état dépressif, troubles obsessionnels compulsifs, troubles phobiques et hystériques, schizophrénie, tentative de suicide...)
 - Mère
 - Autres : père, frères/sœurs, grands-parents maternels/paternels, cousins maternels/paternels
 - **Antécédents de conduites addictives** (alcool, drogues, etc.)
 - **Organisation et pertes familiales** :
 - **Pertes physiques** : mort d'un proche, absence plus ou moins temporaire liée à distance
 - **Pertes fonctionnelles** : membre clé de la famille devient invalide (longue maladie ou accident)
 - **Pertes émotionnelles** : absence d'une personne capable d'influencer l'ambiance familiale, rupture amoureuse

- **Évènements traumatisants vécus** : violence psychique, physique, violence parentale, abus sexuel dans l'enfance, adolescence

9. Consommation de substances (conduites de dépendance, addictives)

- **Aujourd'hui**
 - **Évolution avec le temps (enfance, adolescence, adulte)**
- **Consommation de cigarettes** : fréquence, causes, sensations, moments, manque, durée
 - **Consommation d'alcool / alcoolisme** : fréquence, causes, sensations, manque, moments, durée
 - **Consommation de médicaments / pharmacodépendance** : prise de médicaments, lesquels ?
 - fréquence, causes, sensations, usage détourné, moments, manque, durée
 - **Consommation de substances psycho actives, drogues, dépendance** : caféine, cannabis, cocaïne, ecstasy, codéine, crack, champignons, éphédrine, méthadone, morphine, hallucinogènes, héroïne, lsd, space cake),
 - expérience unique ou multiple, fréquence, dépendance, causes, sensations, moments, manque, durée

2.2. Fiche d'identité des femmes ayant ou ayant eu des TCA

NB : seuls les entretiens de femmes ayant ou ayant connu des TCA font l'objet d'une brève présentation.

Entretien 3 : Céline

Céline avait 28 ans au moment de l'entretien et se considérait comme guérie mais encore fragile des troubles alimentaires (d'abord de type restrictif puis avec boulimie - vomissements) apparus à 22 ans. C'est une fille de famille sportive qui a pratiqué du triathlon au niveau national pendant son enfance. Elle a ensuite arrêté sa pratique compétitive pour s'adonner à la course à pied en loisir. Elle n'a pratiqué des cours collectifs de remise en forme que durant sa période de TCA.

Il s'agit d'une femme dont l'identité s'est construite autour du sport. En effet, elle s'est toujours considérée comme la fille sportive de la famille, ceci à l'inverse de sa sœur qui était l'intellectuelle :

« Je sais pas, car par rapport à ma sœur qui n'a jamais été tellement sportive... Alors que moi, j'ai toujours été le petit singe qui grimpe partout dans les arbres. Ma sœur, elle dessinait alors que moi j'allais dehors dans les arbres. J'ai toujours couru, enchaîné les roues, les flips. (...) J'étais un petit garçon manqué aussi. J'ai jamais joué avec les Barbies, mais plutôt avec les Legos et avec les voitures ».

A la suite d'événements qui ont bouleversé son quotidien (déménagement, changement de petit copain, fin des études, arrêt momentané de la pratique sportive, etc.), elle a perdu ses repères et a pris du poids car elle explique avoir beaucoup grignoté. Elle a vécu cette prise de poids comme un drame sachant que ce n'était pas compatible avec son identité de sportive et l'image sportive qu'elle voulait dégager. En fait, son estime de soi s'est toujours construite autour de sa pratique sportive, son identité de sportive. Et là, tout c'est bouleversé, elle a perdu confiance en soi et n'avait plus d'estime d'elle-même. Elle a donc entamé un régime alimentaire tout en augmentant sa pratique sportive, ceci pour perdre du poids. Ces changements alimentaires étaient trop radicaux et elle a développé une obsession face à son poids et son corps. Elle a ensuite basculé dans les troubles anorexiques de type restrictif, puis avec vomissement. Durant cette période de TCA, sa relation au sport a changé :

« Le plaisir *[de la pratique]* était focalisé sur la dépense. (...) Je pense que j'y allais par obligation ».

D'ailleurs, c'est lorsque ses troubles anorexiques se sont développés qu'elle s'est tournée vers les sports de remise en forme qu'elle explique ne pas considérer comme du sport :

« J'ai fais les sports de remise en forme à l'uni que au moment où j voulais perdre du poids et que j'étais pas bien. (...) C'était comme une obsession. Depuis, j'y suis très peu retournée. Si j'y retourne, c'est histoire d'aller. En fait, je ne considère pas le sport de remise en forme comme du sport ».

Pour Céline, les sports de remise en forme ont été un accompagnateur dans le développement des troubles alimentaires, une pratique différenciée de ce qu'elle nomme « du sport » effectuée par obligation et sans plaisir.

Entretien 5 : Virginie

Virginie avait 24 ans au moment de l'entretien et se définissait comme guérie des troubles anorexiques qui sont apparus à ses 14 - 15 ans. C'est une fille de famille sportive qui a pratiqué de la gymnastique compétitive de niveau régional pendant l'enfance et jusqu'à ses 18 ans. Elle explique ne jamais avoir utilisé sa pratique sportive pour perdre du poids ou comme moyen au service de ses troubles anorexiques. C'est uniquement au travers de sa restriction alimentaire qu'elle a assouvi son désir de contrôle :

« - Tu faisais que 4 heures *[de gymnastique]* pas plus? (...) Parce qu'il y en a qui utilisent le sport justement pour essayer de perdre encore plus de poids.

- Non, c'était pas ça... Parce que je me rappelle qu'en dehors de ça *[la pratique de gymnastique]* je ne faisais rien.

- (...)

- C'était quoi le but de ne pas beaucoup manger?

- Je pense que ce n'était pas vraiment lié au sport, mais peut-être sentir d'avoir un contrôle sur soi-même, peut-être. Et le fait de perdre du poids, bon c'est difficile à dire, parce que ça peut être une conséquence, ça peut être une cause, ... ».

Elle explique avoir toujours pratiqué pour le plaisir et ne jamais avoir augmenté sa pratique de gymnastique durant ses troubles alimentaires. A 18 ans, lorsqu'elle ne souffrait plus de troubles anorexiques, elle a arrêté sa pratique de la gymnastique et a commencé un cours collectif de remise en forme de manière régulière. Ses motivations de pratique sont diverses : être avec des copines, mais aussi pour se maintenir en forme :

« Et puis pour rester en forme, pas seulement au niveau du physique et de l'esthétique, mais aussi au niveau de la respiration. Je me sens bien si je sens que mon corps est assez entraîné ».

Pour virginie, la pratique des sports de remise en forme lui permet de se sentir bien dans son corps, de garder un certain équilibre :

« ... Parce qu'après le sport, je me sens toujours bien. Et si je fais pas de sport et je fais une vie assez sédentaire, je sens qu'il me manque quelque chose quand-même ».

Entretien 8 : Ana

Ana est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 13 ans. D'abord, elle a eu une période d'anorexie et a du être hospitalisée pendant 4 mois. Puis depuis sa sortie, elle alterne les phases d'anorexie restrictive avec les phases de boulimie sans vomissement. Elle affiche ainsi d'énormes variations de poids allant de plus de 20 kilos selon ces phases du trouble alimentaire.

C'est une fille sportive, issue d'une famille sportive, et qui a toujours aimé le sport de compétition. Elle a pratiqué beaucoup d'activités durant son enfance : danse, athlétisme, handball, etc.

Elle explique son envie de perdre du poids comme quelque chose qui est apparu alors qu'elle a perdu ses repères familiaux et relationnels : ses parents se sont séparés et elle a du changer de collège. Un mal-être est apparu :

« Ouais, c'était un peu difficile. (...) Je me sentais un peu perdue, je ne savais plus trop où... ».

Des complexes physiques sont apparus notamment en comparaison avec ses nouvelles camarades de classes :

« C'était totalement deux mondes différents par rapport à mon ancien et mon nouveau collège. Puis toutes les filles étaient beaucoup plus... Enfin autrement, plus vulgaires... ».

Elle s'est sentie différente, plus grande que les autres et a développé une obsession sur les tailles d'habits. En fait, elle a perdu ses repères et son identité. Elle explique :

« C'était plus les habits. Enfin aujourd'hui c'est quand-même tout assez mince et tout et puis comme j'étais toujours un peu assez grande à la base, ben c'est normal que j'ai des tailles [*d'habits*] plus grandes forcément. Mais pour moi c'était pas convenable donc j'ai voulu un peu... ».

Elle a recherché à être dans la norme, ressembler à ses nouvelles copines de collège :

« Je voulais atteindre une sorte de perfection. J'étais trop grande donc je voulais un peu égaliser, enfin... ».

- Tu voulais rentrer dans une taille d'habit plus petite ?

- Ouais, une taille de toutes les filles de mon âge [*taille 36*] ».

Etre dans la norme correspond pour elle à la perfection : on comprend ici qu'il s'agit d'une excellence sociale. Elle dit avoir toujours eu le besoin d'atteindre une perfection notamment au niveau de son physique :

« J'ai toujours, enfin que ce soit au niveau physique mais même à l'école ou n'importe où, j'ai toujours eu le besoin de faire tout parfait. Ouais, j'aime bien. Puis au niveau physique, c'était un peu le seul endroit où je pouvais... Enfin... Où j'étais normale, mais je pouvais quand même être mieux. Et puis du coup, maintenant, c'est toujours resté ».

Elle dit n'avoir sinon jamais reçu de remarques de son entourage qui l'auraient influencées dans sa perte de poids. Toutefois, sa mère lui a souvent dit de ne pas prendre du poids comme elle :

« - T'as jamais eu des remarques comme ça, même du milieu sportif ? »

- Non, non. Mais ma mère me disait : Faut pas que tu deviennes comme moi ! Parce que ma mère est quand-même assez ronde. Très très ronde, vraiment ».

Sa pratique sportive semble avoir indirectement accompagné sa carrière d'anorexique, mais ce n'est pas un élément prépondérant dans le développement de ses TCA :

« Non, j'ai continué [*la pratique sportive*] parce que j'avais l'habitude (...) Au fond de moi je me disais : oui peut-être ça va aider. Mais mon but c'était quand même à la base de me faire plaisir, plus que de me dire il faut que je perde du poids ».

Entretien 9 : Emilie

Emilie a souffert de troubles alimentaires dès l'âge de 17 ans. Elle avait 28 ans au moment de l'entretien et se considérait comme guérie mais encore fragile.

C'est une fille qui a fait du motocross de haut niveau. Elle a arrêté sa pratique sportive suite à une blessure et parce qu'elle avait envie de vivre et découvrir autre chose. Comme elle le dit, elle voulait « vivre sa vie d'adolescente ».

Toutefois, cette période de transition l'a bouleversée :

« Ben en fait le truc c'est que j'ai arrêté d'un coup un peu le motocross, et après je me suis un peu retrouvée du jour au lendemain justement sans plus trop de passion. Pis c'est là que j'ai commencé un peu à me poser plein de questions sur la vie, pis à tomber un peu ben d'abord un petit peu d'anorexie, pis après boulimie. Et pis du coup là, c'était un peu le début de la fin ».

Elle a perdu ses repères. L'identité construite durant son enfance évoluait et elle explique l'avènement de ses TCA comme un moyen d'exprimer son mal-être :

« Et donc c'est tout d'un coup, et en fait c'est surtout que avoir cette obsession pour le corps et la nourriture, c'était un peu pour mettre un peu des problèmes finalement concrets sur un peu mon mal-être, c'était plus ça. Et du coup ben oui après j'étais obsédée, pis je me trouvais toujours trop grosse alors que... ».

Ainsi, suite à une prise de poids perçue, elle a décidé de perdre du poids par un régime et une pratique de sport de remise en forme. Elle explique avoir subi des influences pour perdre du poids, notamment de sa mère :

« C'est vrai que ma mère de temps en temps elle me disait ; fais attention ! (...) Mais j'étais un peu baraque, mais de muscles, pas de graisse quoi. Pis du coup, c'est vrai que forcément, quand j'ai arrêté le sport, ben après je pense qu'ils avaient un peu peur je sais pas que je prenne du poids comme ça. Pis de temps en temps il y avait des remarques de ma mère (...) ».

Elle a découvert le contrôle de soi au travers de la pratique sportive :

« Enfin quelque part, je me sentais tellement forte et tellement puissante (...) Pis c'est l'idée aussi d'un peu se dépasser, pis d'être bien. Quand-même le contrôle du corps. On est bien, on sent que ça marche tout ça ».

Ce besoin de contrôle semble émerger au moment où elle explique avoir perdu prise sur sa vie, ressentir un mal-être. Elle a traversé une période de remise en question (sur soi, la vie, etc.) et le contrôle sur soi exercé au travers de l'alimentation et de la pratique sportive semble être le moyen qu'elle a trouvé pour répondre à son mal-être, à une demande d'excellence ressentie par l'environnement :

« - Les facteurs qui t'ont un peu incitée à perdre du poids : donc t'as dit que tu as eu des remarques de ta famille ? Tu as eu ton mal-être personnel ? (...) »

- Ouais justement je pense les remarques de ma famille c'était vraiment minime, enfin c'était peut-être la goutte d'eau mais c'était vraiment mon mal-être à moi quoi.

- Ton mal-être qui était dû à ?

- Mon entrée dans l'âge adulte, découvrir le sens de la vie. (...) Je suis quelqu'un qui me pose pas mal de questions. Pis c'est vrai que j'ai toujours super bien réussi tout ce que j'ai fait. Pis, je suis arrivée à un moment je me disais qu'est-ce que j'ai vraiment envie de faire finalement. (...) Je me disais ; mais qu'est-ce qu'on fait ici ? (...) En fait ce qui m'a toujours effrayée c'est que la société attende quelque chose de moi. Et ça c'est ça qui m'a vraiment en fait paralysée pis qui m'a fait vraiment peur à l'entrée à l'âge adulte quoi. (...) Ma mère en fait elle me poussait énormément. Il fallait toujours que je sois la première partout quoi. C'est même pas qu'elle me poussait, c'est qu'elle en était tellement fière que voilà quoi. D'ailleurs trop. C'est pour ça que j'ai un peu pété les plombs à l'entrée à l'âge adulte parce que pour elle j'étais tellement sa fille parfaite. Moi, j'en avais marre qu'elle existe un peu qu'à travers mes exploits. Enfin, pas mes exploits mais... Elle parlait que de moi quoi, et moi j'en pouvais plus. Et du coup, oui l'école c'était toujours naturel que je réussisse, mais elle me faisait bien comprendre que si je ne réussissais pas, c'était un drame quoi ».

Entretien 10 : Julie

Julie avait 20 ans lors de l'entretien et avouait ne pas encore être guérie des troubles alimentaires qui sont apparus à l'âge de 17 ans. C'est une fille qui a toujours été peu sportive durant son enfance. Elle a pratiqué de la danse moderne mais à un faible niveau de pratique. A l'adolescence, elle était en léger surpoids et a entamé un régime alimentaire couplé d'une pratique sportive de course à pied dans le seul but de maigrir :

« Du jogging ouais. Mais ouais au début c'était vraiment, c'était juste avant un été, dans le but de perdre un peu de poids ».

Son environnement féminin semble l'avoir influencé dans sa démarche de perte de poids. D'une part, elle explique avoir subi des influences sociales indirectes à maigrir, notamment dans la comparaison avec ses copines de danse qui était plus fine qu'elle :

« Peut-être que par exemple à la danse, ça faisait un bon moment que je faisais. Pis c'est vrai que c'est quand-même un monde un peu... sur les apparences. Et ça m'a encouragée dans le sens où je voyais certaines filles... (...) Ouais, il y a les photos. Il y a les films. Et pis les profs qui regardent leurs élèves. Ouais, qui font des commentaires. (...) Ben la directrice était une amie et je l'entendais faire des remarques sur les autres ».

D'autre part, elle a également beaucoup côtoyé sa tante qui a eu des troubles anorexiques et qui a toujours fait très attention aux poids corporels des gens. Aussi, sa mère l'a accompagné dans cette démarche de régime :

« Ouais. Donc j'ai décidé de faire attention un peu pour l'été et en fait... Mais même ma mère elle était... pas à fond dedans, mais elle était d'accord de me faire des repas plus légers tout ça ».

Elle a donc utilisé le sport pour perdre du poids et être dans la norme reconnue par ses modèles féminins. Cependant, sa perte de poids était trop rapide et elle explique avoir basculé dans les troubles anorexiques. Elle diminuait constamment ses apports alimentaires et augmentait sa pratique sportive. Son rapport au sport a évolué notamment parce qu'elle

appréciait le fait de progresser (d'augmenter ses performances), ce qui lui donnait un sentiment de confiance en soi et de fierté. Elle a développé une dépendance au sport où elle cherchait constamment à se « donner à fond », « à rallonger le temps et à repousser ses limites » sinon quoi elle « n'était pas fière ».

Entretien 16 : Sara

Sara avait 23 ans lors de l'entretien et avouait ne pas encore être guérie des troubles alimentaires apparus à l'âge de 17 ans. C'est une fille peu sportive pendant son enfance. Elle a commencé une activité en fitness privé au moment où ses TCA se sont développés. Elle a basculé dans les TCA alors qu'elle avait commencé un régime suivi par un nutritionniste pour effacer quelques rondeurs prises à l'adolescence. Ce régime était trop radical et elle raconte avoir eu constamment faim. C'est à ce moment qu'elle a débuté ses crises de boulimie – vomissements. Elle n'a jamais reçu de remarques directes sur son poids ou son physique. Par contre, elle a toujours été très influencée par les modèles de beauté prônés par la société :

« Je pense qu'il y a quelques années je me disais : ça c'est la beauté, c'est comme ça que tu dois être si tu veux être belle. Et puis donc ça m'a pas mal influencée ».

Ce modèle de la femme maigre prôné par la société a toujours eu beaucoup d'importance pour elle, ceci notamment parce qu'elle s'est sentie conditionnée à faire attention à son apparence physique à l'écoute des nombreuses discussions entre ses parents et sa grande sœur qui avait du surpoids. Elle ne voulait pas être en surpoids comme sa grande sœur. De plus, elle n'a pas accepté ses transformations pubertaires car elle ne trouvait pas ça beau.

Sara a utilisé le sport de remise en forme pour modifier son apparence corporelle, pour ressembler à l'idéal féminin valorisé par sa famille et éviter tout surpoids comme sa grande sœur.

Entretien 25 : Léa

Léa avait 38 ans au moment de l'entretien et était sortie des troubles alimentaires. Elle a témoigné de son anorexie restrictive qui a duré 10 ans (de 18 à 28 ans) où elle a subi plusieurs hospitalisations.

C'est une fille issue d'une famille sportive et qui a toujours été très sportive depuis l'enfance. Elle le décrit par les phrases suivantes : « On faisait beaucoup de sport en famille, jogging, ski, on aimait bien faire du sport », « j'aimais bouger », « j'étais une grande sportive », « le sport faisait partie de moi ».

Le sport était reconnu dans sa famille. Elle explique :

« Bon c'était aussi parce que c'était reconnu dans notre famille. Moi, j'ai 3 grands frères et il fallait aussi que je me mesure avec mon frère qui était très fort en sport. J'avais aussi une image à conserver. Et puis ensuite à 16 ans je suis tombée malade et là le sport est devenu plus un plaisir, mais une dépendance. J'en suis venue, comme pour la nourriture, à calculer le nombre d'heures, le nombre de calories perdues, c'était une compétition entre moi et moi, mais je n'avais plus du tout la même motivation qu'avant (...) ».

Le sport est ici un accompagnateur dans le développement des troubles alimentaires. Elle explique son besoin de mériter sa place au sein de sa famille vient notamment du fait qu'elle était un bébé non désiré :

« Mes frères ont été très durs avec moi. Ils exigeaient de moi que je sois... Par exemple mon grand frère me disait : Maintenant puisque tu es là, au moins mérite ta place quoi ! De nouveau on retombe dans le mérite. Je devais mériter ».

De plus, elle explique que son modèle était son père :

« Déjà, j'étais la seule fille dans ma famille. On était une famille plutôt macho, avec une maman très effacée qui n'avait pas une grande féminité. Enfin qui était très féminine mais qui n'assumait pas sa féminité, qui était vraiment écrasée un peu, par mon papa. Mon papa est très jovial et tout, mais ma maman est très discrète et elle n'a pas vraiment pris sa place en temps que femme. Donc mon modèle était plus mon père ».

Dans cet environnement, elle s'est engagée intensément dans la pratique sportive comme un moyen d'exceller et de mériter sa place au sein de sa famille. C'est au travers d'une identité sportive qu'elle s'est rapprochée de ses modèles masculins. Elle explique son passage dans les troubles alimentaires pour de multiples raisons qui ont constitué son mal-être : enfant non désiré, déménagement à l'adolescence, et aussi le regard masculin sur son corps. En effet, elle raconte avoir subi des remarques de son père :

« Donc mon modèle était plus mon père. Et puis mon papa me faisait souvent des remarques, parce que j'étais bien... J'étais assez... Je n'étais pas ronde, mais j'étais un bébé pas du tout maigre. Un enfant costaud. Et puis mon papa avait très peur que je devienne grosse, et il faisait souvent des remarques. Et ça, ça me mettait mal à l'aise ».

Elle a refusé de voir son corps changer et a entamé un régime pour voir disparaître tous signes de féminité. Elle rajoute qu'elle n'était pas prête à supporter le regard des hommes sur ses formes :

« Donc il y avait aussi le regard des hommes qui pour moi était insupportable. Pour moi, on me violait. Quand par exemple quelqu'un de vieux me draguait alors que j'avais 10 ans, pour moi c'était un viol ! (...) On m'a prise trop tôt pour une adulte que je n'étais pas ».

Entretien 26 : Mathilde

Mathilde avait 19 ans au moment de l'entretien et a vécu un an d'anorexie (avec vomissements) à l'âge de 16 ans et demi. C'est une fille qui a toujours été très sportive. Elle adore le sport, surtout les sports individuels. Elle a désiré augmenter ses performances en athlétisme car elle aimait la compétition. Comme elle le dit : « A un certain moment, j'étais vraiment dans la compétition ».

Suite aux remarques de son entraîneur, elle a entamé un régime pour augmenter ses performances sportives. Elle explique :

« Ben moi, il y a vraiment eu un lien avec le sport et le début de la maladie, parce que c'est mon entraîneuse qui m'a dit que je devais perdre 2 kg... ».

Elle raconte avoir pris du poids avec la puberté et ne plus se sentir bien dans son corps. Elle était donc d'accord avec son entraîneur pour entamer un régime :

« Pis c'est vrai que moi je trouvais aussi [avoir grossi]. Enfin, je trouvais qu'elle [l'entraîneur] avait raison. Et c'est comme ça que ça a commencé, et finalement j'ai perdu le contrôle. (...) Mais bon, en plus c'était important pour moi parce qu'elle [son entraîneur] me disait que ça améliorerait mes performances [le régime] et c'était ce que je voulais, donc c'était important pour moi ».

Ici, on comprend que la performance est centrale pour Mathilde. Elle recherche des normes d'excellence sportive et met tout en œuvre pour y arriver utilisant ainsi des méthodes de perte de poids (régimes, sport) qui agissent comme des accompagnateurs dans le développement des TCA.

Son régime était draconien. Elle ne mangeait que des fruits et des légumes évitant ainsi les féculents et la viande. Elle a perdu très rapidement du poids (10 kilos en 2 mois) et est descendue jusqu'à 40 kilos pour 1m70 perdant au total une trentaine de kilos. Elle dit avoir perdu le contrôle, ne pas avoir réussi à stopper son régime et basculer dans les troubles anorexiques (sans boulimie mais avec vomissements) :

« Je me disais à chaque fois : encore un peu [de régime] pour de la marge. Et puis finalement... ».

Elle précise ne pas avoir utilisé la pratique sportive comme moyen de perdre du poids :

« - Et là, tu as utilisé l'athlétisme pour perdre du poids ?

- Je savais que ça ne changerait pas grand chose. Et de toute façon, je n'en faisais même plus du tout ».

La recherche de l'excellence sportive fait place à des comportements de plus en plus ascétiques. L'envie de dominer et contrôler son corps devient prépondérante :

« - Tu luttais contre ta faim ?

- C'était vraiment en plus j'avais ça, alors que j'avais parlé avec certaines personnes qui ne l'avaient plus du tout. Et pis moi je l'ai eue tout le long.

- (...)

- Et c'était un peu une victoire d'arriver à lutter contre cette faim ?

- Au début oui, au début. A la fin c'est juste horrible ».

Elle a vite compris qu'au lieu d'augmenter ses performances, elle les diminuait car elle n'avait plus de force. Elle a eu une prise de conscience au début de ses troubles alimentaires où elle a essayé de re-manger parce qu'elle perdait ses capacités sportives. Elle dit :

« - Donc tu sentais que c'était négatif [la perte de poids] pour ta pratique sportive ?

- Ouais ben justement. Au début, c'est ce qui m'a fait que je me suis dit : j'arrête tout [parlant du régime] pendant 3 semaines où j'ai repris [du poids]. Et après, la maladie a pris le dessus quand même ».

Elle a donc pris conscience qu'elle n'allait pas bien et a voulu s'en sortir. D'elle même, elle est allée voir l'infirmière scolaire, puis l'UMSA, puis a demandé l'hospitalisation car comme elle l'explique :

« (...) Mais leurs conseils, je ne les écoutais pas. Ça ne changeait rien. Je savais que ce qu'il me fallait, c'était une hospitalisation ».

Elle explique avoir été influencée par son entraîneur, mais en aucun cas par les médias ou des membres de sa famille. Paradoxalement, elle prétend que sans les remarques de son entraîneur, elle serait quand même tombée dans les TCA :

« - Et voilà tu expliques vraiment cette arrivée des troubles alimentaires par cette remarque de ton entraîneuse, parce que peut-être que toi tu sentais aussi que tu avais pris un peu de poids et c'est ça qui a déclenché ?

- Ouais.

- Il n'y a pas d'autres éléments qui expliqueraient ?

- Bon par contre si elle ne m'avait pas fait la remarque je pense que ça serait arrivé, mais à un autre moment.

- Tu sentais que tu n'étais pas bien dans ton corps, que tu avais envie de perdre du poids ?

- Ouais.

- Donc voilà c'est arrivé à ce moment là parce qu'elle t'a fait la remarque à ce moment là mais c'était quand même latent ?
- Exact ».

Entretien 27 : Aurélie

Aurélie avait 23 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 18 ans. Elle a débuté un régime qui a dégénéré et très vite elle a basculé dans la boulimie avec vomissements.

C'est une fille peu sportive durant l'enfance, mais elle a fait beaucoup de dressage de cheval. A l'adolescence, elle a pris du poids en consommant des drogues douces et dures. Puis après avoir arrêté toutes consommations de substances illicites, elle a décidé de perdre du poids en commençant un régime (Weight Watchers©) couplé d'une pratique sportive en fitness. Elle explique que l'apparence corporelle (sa silhouette, son habillement, etc.) est très importante pour elle et que c'est quelque chose de partagé dans sa culture familiale :

« De ma famille ouais, j'ai ma grand-mère justement qui elle est très portée sur le physique et qui déteste les gros. (...) Donc j'ai toujours eu ce message que les gros se laissaient aller ».

De plus elle a reçu des remarques qui l'ont blessées :

« Justement à dix-huit ans, quand j'avais repris un peu de poids j'ai eu des remarques. J'ai un homme qui m'a dit ; avant tu étais anorexique et maintenant t'as vu comme t'es ? Et moi je suis tellement sur l'apparence que ça m'a... ».

Elle considère le fait d'avoir un surpoids comme une forme de laisser-aller. Elle recherche l'excellence sociale :

« ... Je n'arrive pas. Je pense que j'ai cette optique des gros qui ne sont pas sains, qui ne réussissent pas etc. C'est une mauvaise image ».

Son image d'elle-même constitue sa principale motivation de pratique dans les salles de remise en forme :

« C'est clair. En plus il y a des miroirs partout, alors c'est surmotivante, de voir dans le miroir, je me dis go quoi. Je me donne à fond ».

Elle pratique dans l'idée de perdre du poids et de se tonifier :

« Quand j'arrête une semaine je me sens vraiment molle et faible ».

Entretien 29 : Sandrine

Sandrine avait 30 ans lors de l'entretien et avouait ne pas encore être guérie des troubles alimentaires (anorexie de type boulimie – vomissements) apparus à l'âge de 19 ans. C'est une fille sportive depuis l'enfance avec une culture familiale sportive. Ils ont toujours pratiqué une activité physique en famille (course à pied, vélo, natation). Elle explique avoir eu sa crise d'adolescence sur le tard au moment où elle a terminé ses études :

« L'anorexie ça a été aussi, après coup, de rester enfant quoi, parce que je ne voulais pas grandir (...) Pas bien d'être une femme, de grandir, de devenir adulte. Tout ce qui est lié à la féminité. (...) Mais à ce moment ça a été vraiment dur. Parce qu'on finissait l'apprentissage aussi et il fallait commencer à travailler, et on rentrait vraiment dans le monde des adultes en fait ».

A ce moment, elle a ressenti le besoin de se différencier de sa famille et de pratiquer une activité physique de manière autonome et non plus avec sa famille comme elle le faisait depuis l'enfance. En fait, elle s'explique par le fait qu'elle voulait prendre son indépendance et ne voulait pas ressembler à sa famille :

« C'était une manière de se détacher d'eux, de dire ; moi je suis différente de vous. Mais on ne sait pas comment le faire, alors on le fait d'une manière... Effectivement moi j'ai ma vie à moi, et je ne suis pas comme vous, ce n'est pas que je ne veux pas vous ressembler, c'est juste que je suis différente et j'ai des autres besoins, j'ai besoin d'amour, de pouvoir parler, et vous n'avez pas su me donner ça donc maintenant je dois me détacher de vous ».

Effectivement, elle explique avoir souffert de l'univers aseptisé de sa famille. De la même manière, elle ne voulait pas ressembler à sa mère qui était en léger surpoids et qui lui renvoyait « une image négative de la femme qu'elle ne voulait pas être ». Elle est à eu du mal à accepter ses changements pubertaires :

« J'ai pris du poids [*à la puberté*] oui. Je me suis trouvée grosse et je ne veux pas ressembler à ma mère, du coup j'ai complexé. (...) Je ne m'aimais pas. Je ne voulais pas accepter de devenir femme en fait ».

Elle a donc entamé un régime pour effacer les rondeurs qu'elle avait prise avec la puberté. Parallèlement, elle a intensifié sa pratique de course à pied et a développé une dépendance au sport. Son amaigrissement et sa pratique sportive autonomisée ont été des moyens pour se redéfinir et montrer à son environnement familial qu'elle était indépendante et la seule à pouvoir gérer sa vie :

« C'est vraiment la gestion de tout, du corps, et ne pas vouloir prendre du poids. Plus forte que tout, que la faim, que la famille, plus forte que tout le monde, je peux maîtriser et pas vous ».

Entretien 30 : Justine

Justine avait 30 ans au moment de l'entretien et se considérait comme guérie des troubles alimentaires qui sont apparus dès 17 ans. C'est une fille qui a toujours été peu sportive pendant son enfance. Elle pratiquait de la gymnastique non compétitive (environ 1h30 par semaine). A l'avènement de ses troubles alimentaires, elle a ensuite commencé les sports de remise en forme, notamment du vélo et de la course à pieds.

Ses troubles alimentaires ont débuté alors qu'elle a entamé un régime pour perdre quelques kilos (2-3kg). Elle a ressenti un mal-être physique notamment à cause d'influences indirectes : elle trouvait ses cuisses plus grosses que ses copines de gymnastique. Aussi, elle pensait pouvoir être aimée davantage si elle ressemblait au modèle sociétal de la beauté. Elle pensait :

« Il faut être mince pour être aimée. Il faut être mince pour être belle ».

De la même manière, elle a commencé le sport de remise en forme notamment parce que c'est socialement reconnu et recommandé pour la santé. Mais, elle a finalement lâché prise et a arrêté :

« - Donc là tu as retrouvé du plaisir [*de la pratique sportive*], que tu avais perdu pendant l'anorexie ?

- En fait c'était une autre vision du sport. Parce qu'à un moment donné c'était presque devenu une obligation avec tout ce qu'on entend : le sport, bonne santé, c'est sain, il faut en faire ! Qu'à un moment donné j'ai vraiment dit : c'est bon j'arrête tout ! Je n'ai pas envie d'être obligée à faire ça [*la pratique sportive*], pour me dire que je suis en bonne santé ou autre ! Peut-être aussi parce qu'à ce moment là, je n'étais pas en bonne santé. (...)

- Tu n'avais plus la force [*de pratiquer ton sport*] ?

- Je crois que c'était ce côté de nouveau de savoir qu'on arrête pas de nous dire : faire du sport, c'est être en bonne santé ! D'un côté, c'est très lié à la maladie, la bonne santé et autres. Je crois que c'était plutôt que je n'avais pas envie de rentrer dans ce carcan conformiste de se dire : si je veux être en bonne santé, il faut que je fasse du sport, il faut que je bouge et ainsi de suite ! (...) Si le sport avait donné une autre image, ou si on donnait une autre image au sport, peut-être que j'aurais continué ».

Par ailleurs, elle explique que la pratique sportive lui a permis d'exercer un contrôle supplémentaire sur elle-même :

« - Donc tu l'as utilisé [*le sport*] plus pour ?

- Pour compléter le mérite. Vu que je maîtrisais déjà mon estomac, l'alimentation et tout. En fait, c'était une maîtrise supplémentaire. (...)

- C'était une composante de la maladie pour contrôler ton corps ?

- Exactement. C'est arrivé plus ou moins au milieu, j'ai chuté au niveau du poids et là j'ai commencé à faire du sport quand j'avais vraiment un poids bas (...). Donc je l'ai vraiment eu au moment où j'avais l'impression à ce moment là de maîtriser au mieux mon corps ».

Justine semble avoir été influencé par les messages de beauté-minceur-santé prôné par la société. Elle a d'abord usé du sport dans ce but, puis la pratique sportive lui a permis d'exercer un contrôle supplémentaire sur soi.

Entretien 31 : Juliane

Juliane avait 15 ans lors de l'entretien et avouait souffrir encore de troubles alimentaires (anorexie de type boulimie – vomissements) qui sont apparus à l'âge de 12 ans et demi. C'est une fille qui a toujours été sportive (7-8 heures de gymnastique par semaines). Son envie de perdre du poids s'est déclenchée alors qu'elle a ressenti un mal-être : un mal-être physique causé par la comparaison avec ses copines de gymnastique et des remarques de son père, et un mal-être psychologique après avoir reçu plusieurs remarques d'hommes (son père, son professeur) :

« En fait j'ai évolué très vite, et j'ai eu des formes très vite, et en même temps avec le sport qu'on fait on est souvent avec des justaucorps, des trucs un peu courts, donc c'est vrai que mes copines elles n'avaient pas autant de poitrine, de cuisses que moi. Et c'est vrai que c'est ça qui a... », « Ben c'était une période [*le début de son régime*] où mon papa m'envoyait plein de trucs à la gueule. (...) Et c'est vrai que plusieurs fois mon papa m'a dit ; arrête [*de manger des bonbons*] tu vas devenir grosse. (...) Mais genre plusieurs fois, il [*son papa*] m'a sorti ; t'es conne. Et en même temps à l'école, j'étais avec un prof qui était vraiment con. Il ne m'aimait pas. Pourtant je faisais les meilleures notes de la classe donc voilà, mais il ne devait pas m'aimer ».

Elle a de la peine à accepter la prise de formes pubertaires et de graisse qui sont apparus très tôt (dès 10 ans). Elle semble s'attacher à son identité de sportive qu'elle définit comme totalement opposée à la féminité. Son discours est très affirmé : c'est une sportive qui pratique intensément, son look vestimentaire est sportif, et elle veut devenir professeur d'EPS. Par exemple, elle raconte :

« Ouais, et c'est vrai que quand j'étais petite, j'étais plutôt garçon manqué, et là ben... (...) Je n'ai jamais été très... Je ne suis pas le genre de fille à mettre des petites robes avec des petites fleurs. »

Ainsi, elle a cherché à perdre du poids par le régime et la pratique sportive. Elle a développé une dépendance au sport qui lui a permis de s'identifier encore plus à l'image de sportive qu'elle veut dégager : D'ailleurs, c'est à travers l'excellence sportive qu'elle construit son estime de soi :

« - Tu doutes toujours de tes capacités ?

- Ouais toujours. Ouais, il fait que ... Genre voilà, je sais que je suis plutôt bonne en sport, mais il faut que je fasse quelque chose où je suis la meilleure pour en être certaine ».

Entretien 32 : Alicia

Alicia avait 18 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles anorexiques de type restrictif depuis ses 14 ans. C'est une fille qui n'est pas issue d'une famille sportive et qui elle-même n'a jamais été très sportive durant l'enfance. Elle se souvient avoir effectué quelques cours facultatifs de danse proposés par son école, mais ceci de manière peu assidue. Elle est tombée dans les troubles anorexiques à 14 ans alors que des complexes physiques sont apparus suite à la prise de poids pubertaire. De plus, elle explique avoir souffert d'un mal-être psychologique suite au divorce de ses parents et au cancer de sa mère. Elle n'a jamais pratiqué de sport dans cette période. Après une hospitalisation pour guérir de ses troubles alimentaires. C'est seulement en fin de carrière de ses troubles alimentaires qu'elle a commencé un cours collectif de sport de remise en forme dans l'intention de se remuscler le dos :

« - C'est quoi ta motivation dans ces sports ? Pourquoi tu t'es inscrite par exemple aux cours *[collectifs]* ?

- Histoire de faire du sport, de me muscler. Et pis ouais je n'aimais pas trop les sports d'équipes comme ça, il n'y avait rien qui me tentait vraiment et c'est vrai que la gym tonique ça faisait une heure et en plus j'avais l'impression de faire quelque chose. Puis maintenant le yoga c'est plus pour la philosophie du yoga ».

Entretien 33 : Antonia

Antonia avait 23 ans au moment de l'entretien et avouait ne pas être encore guérie des troubles alimentaires (anorexie et boulimie) apparus à l'âge de 15 ans. C'est une fille qui a toujours fait du sport de loisir. Elle vient d'une famille qui aime la montagne et l'activité physique. A 14 ans, elle a commencé à courir pour s'amuser. Elle a découvert qu'en pratiquant la course à pied, elle pouvait perdre du poids et contrôler son corps :

« Ca a commencé vers l'âge de 14-15 ans, j'ai commencé la course à pied. Je faisais des courses pour m'amuser en fait. Et là, je voyais que je perdais du poids donc ça j'adorais » (...) « Je sentais que j'avais du pouvoir justement sur ça *[la perte de poids]* donc j'adorais quoi ».

Elle explique avoir ensuite pratiqué dans le but de « dominer son esprit et son corps ». Elle a fait jusqu'à 70 km de course à pied par jour. Elle a recherché l'excellence sportive en augmentant constamment ses performances et pour être la meilleure :

« Pis ça m'énervait parce qu'il y avait une fille qui faisait de la course à pied depuis toujours. Elle est née là-dedans. Et ça me rendait dingue parce qu'elle faisait des meilleurs temps que moi, toujours des meilleurs temps que moi. Ca m'énervait ».

Puis, elle a eu une fracture de fatigue et a dû arrêter sa pratique sportive après quoi elle n'avait plus de repères. Parallèlement, elle a commencé un régime car elle a reçu des remarques des garçons sur ses formes corporelles naissantes. Elle ne l'a pas accepté et ne voulait pas grandir et devenir femme. De plus, elle était très influencée par le modèle sociétal de la minceur. Etre grosse est synonyme de honte. Elle était fière d'être maigre. Elle avait l'impression de dominer tout le monde :

« Je m'adorais, je me trouvais sublime. Bon, ça fait un peu... », « (...) je m'adorais comme ça. Je me sentais vraiment forte et j'étais devenue arrogante. Vraiment une pétasse quoi, méchante, froide, ... », « Et je me disais ; voilà c'est trop grand *[ses habits]*, chouette. J'achète quand même comme ça je peux montrer que je suis mince », « Et je me souviens, il y a des jours, je ne mangeais pas et j'étais tellement fière, ... ».

Ces différents extraits d'entretien nous laisse croire qu'elle s'est construite une estime de soi au travers du contrôle. Son besoin d'excellence sportive et d'excellence corporelle peut se comprendre comme un moyen de valorisation pour elle et pour sa mère. En fait, elle explique avoir reçu de la pression de sa mère pour réussir aussi bien que son grand frère :

« - Tu as eu des pressions pour réussir ?

- Oui énormément. Bon j'ai un frère qui a un quotient intellectuel assez élevé. Donc c'est difficile, il y a la pression. (...)

- Et toi tu voulais lui ressembler, tu te mettais la barrière haute ?

- Non, mais ça m'énervait, parce qu'on me disait ; tu vois Sébastien¹⁶ il est à [dans une école prestigieuse]. Il a réussi, voilà quoi. J'étais jalouse un petit peu ».

Entretien 35 : Camille

Camille avait 36 ans lors de l'entretien. Elle explique avoir développé des troubles alimentaires (notamment boulimiques) dès l'âge de 16 ans et ne pas encore en être guérie. Elle était en léger surpoids et n'a jamais vraiment aimé le sport. Elle a réellement commencé la pratique sportive de course à pied à 32 ans pour faire comme son mari qui est très sportif (course d'ultra endurance). Toutefois, elle avoue ne pas vraiment aimer cette pratique. Elle explique ressentir un mal-être pour plusieurs raisons, notamment à cause de certaines remarques de ses modèles masculins (mari, père) :

« Sans être des remarques : ah la grosse ! Ou comme ça. Je pense que quand même comme je disais au début, dans ma famille j'avais plutôt le rôle de la petite potelée et plutôt intellectuelle, et par contre je sais que les 2-3 choses en 14 ans que mon mari a pu me dire qui m'ont blessées c'était sur mon physique. Parce que ça j'ai du mal. Je pense que ça me heurte quand même ».

C'est une femme qui s'est toujours considérée comme l'intellectuelle de la famille à l'inverse de sa sœur qui était perçue comme la sportive :

« Ma sœur était très sportive, et moi j'étais très intellectuelle... D'ailleurs mon père disait ; j'ai deux filles, il y en a une c'est la tête, l'autre c'est les jambes. Je ne l'ai pas mal pris mais je pense qu'en fait j'ai intégré l'idée que moi je n'étais pas spécialement sportive ».

Son discours nous laisse croire qu'elle pratique un sport dans l'idée de perdre du poids pour son mari, mais aussi pour se forger une identité de sportive aux yeux des autres (notamment de sa famille et surtout de son mari). Elle explique pratiquer la course à pied dans le seul but de maigrir. Mais elle n'y arrive pas, elle est irrégulière dans sa pratique.

Entretien 36 : Elisa

Elisa avait 28 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles alimentaires depuis ses 24 ans. D'abord, elle a débuté par une période de restriction alimentaire quasi anorexique, puis est tombée dans la boulimie avec vomissements. C'est une fille sportive, issue d'une famille sportive, qui a fait de la natation de haut niveau jusqu'à la fin de son adolescence. Elle était forte et aurait pu passer professionnelle. Elle a reçu une éducation très rigide et sévère dans laquelle était inculqué le fait que faire du sport endure. Elle explique avoir ressenti beaucoup de pressions notamment de son père. Ses normes d'excellence étaient élevées. Elle raconte :

« Non, c'était plutôt son esprit [à son père] de nous endurcir, c'était un peu aussi la même philosophie qu'il avait par rapport à l'école. C'est de nous pousser à faire toujours plus, toujours mieux, avec une insatisfaction permanente à essayer de nous pousser plus loin. Ça ne finit jamais quoi ! ».

En fait, son enfance était dictée par son père dont elle avait peur. Déjà même avant l'adolescence, elle a développé une faible estime d'elle-même notamment à cause des remarques de son père sur son poids corporel. De plus, le milieu sportif de la natation de haut niveau avec des comparaisons (sportives et corporelles) à l'égard des autres concurrentes sont venues renforcer cette faible estime de soi :

« J'ai toujours été complexée par mon corps parce que mon père m'a toujours tenu le discours de plus tu perds de poids, plus tu es légère, mieux tu pourras nager ».

Puis, des problèmes familiaux sont apparus : emprisonnement de son père pour viol de sa sœur, violence physique, etc. Sa famille avait pris le parti de ne rien révéler aux autres donc elle devait cacher ses problèmes familiaux et c'est ce qui fait qu'elle s'est isolée. Son mal-être s'est développé. D'ailleurs, elle a arrêté la natation car elle explique :

« Et après j'en pouvais juste plus. Je crois que moralement aussi ça me pesait trop. Ça me demandait trop. Et j'ai senti que je n'avais juste plus assez d'énergie pour prendre sur moi et continuer à aller nager comme si de rien n'était parce que personne n'était au courant de ce qui s'était passé à la maison ».

En arrêtant la natation, elle a voulu continuer une activité sportive car elle pensait que ce n'était bon pour le corps, comme ce que le lui avait inculqué son père :

« Parce que je pense que dans ma tête il y a toujours eu le : il faut continuer à faire du sport ! (...) Il faut dans le sens de : c'est bon pour le corps ! Donc il faut avoir une activité sportive à côté ».

On comprend, grâce à ces extraits d'entretien, l'importance des normes paternelles qui lui ont servi de référence. Toutefois, elle explique souffrir d'un mal-être psychologique notamment parce qu'elle ressent le besoin de plaire à tout le monde et manque d'estime de soi :

« Et il faut que j'arrête de vouloir absolument tout réussir et m'adapter à tout. Il y a qui j'aimerais être, et il y a qui je suis vraiment. Et que j'arrête de tirer vers l'idéal ».

¹⁶ Nom d'emprunt

En fait, elle cherche à être parfaite aux yeux des autres pour être aimée. C'est au travers de regards positifs que les autres portent sur elle qu'elle gagne en estime de soi. Elle pense que cela vient de son éducation :

« Ou alors lié à mon éducation où quoi que je fasse ce n'était jamais assez bien. (...) ».

Elle semble tiraillée entre les normes d'excellence paternelles qui lui ont été inculquées et lui servent de référent et le besoin de reprendre le contrôle sur sa vie, de se forger sa propre identité. Elle explique d'ailleurs sa boulimie comme un moyen de compenser son mal-être psychologique :

« Moi ça fait aussi plusieurs années que je suis en thérapie avec une psychiatre, et depuis cet été en fait j'ai compris plusieurs choses (...), c'est à dire qu'au lieu de rester coincée pendant des semaines et des semaines dans une situation qui ne me convient pas et de compenser pour éviter de péter les plombs et juste pour me conformer à ce que je crois qu'on attend de moi, maintenant j'arrive à mettre un terme plus rapidement, donc à moins avoir besoin de compenser, juste à être bien avec moi-même. Et j'ai juste... Enfin j'aspire juste à ne pas me foutre en l'air pour essayer de me conformer à un idéal qui ne vaut rien du tout ».

Elle explique son idéal notamment au travers de l'apparence corporelle. Elle a cherché à s'identifier à l'idéal de beauté de la société et a voulu mincir pour être corporellement parfaite et plaire aux autres (notamment aux hommes) :

« Par contre au niveau de l'amour et des relations amoureuses avec les hommes, je n'ai toujours pas intégré qu'on pouvait m'aimer comme j'étais et ça passe du coup par essayer de ressembler le plus possible à ce que je crois être, l'idéal féminin de l'autre ».

On remarque encore ici le besoin d'atteindre des normes d'excellence au niveau corporel qui semblent se référer aux idéaux de beauté. Ainsi, elle a donc pratiqué du sport de remise en forme pour tendre vers des normes d'excellence, ceci dans l'idée inconsciente de gagner en estime de soi au travers du regard d'autrui. D'une part, elle a recherché l'excellence corporelle en pratiquant des exercices sur machines de musculation pour maigrir et tonifier son corps dans l'optique de ressembler à un idéal de beauté :

« Non c'était pour muscler, bon avec toujours l'envie de perdre, on veut toujours en perdre plus ».

D'autre part, elle a recherché l'excellence sportive en repoussant ses limites et en voulant être la meilleure :

« ...Et toujours ce petit délire : tiens je n'ai mangé qu'une soupe de légume à midi et là j'ai passé ¾ d'heures sur les machines, et je n'ai pas faim, ouais ! ... Je n'ai pas besoin de me nourrir, les autres c'est des faibles parce qu'ils mangent alors qu'on arrive très bien à s'en passer ».

Toutefois, même si cette logique d'excellence revient dans sa pratique de sport de remise en forme, elle n'a jamais réussi à se lancer dans une activité trop contraignante :

« Mais je n'ai jamais réussi à vraiment tenir plus d'une année quelque chose de systématique (...) Je crois que j'ai juste fait un gros, gros rejet tellement ça m'a coûté à la fin de devoir continuer à m'entraîner contre mon gré à la natation [*forcée par son père*]. Il y a juste eu pendant toute une période il ne fallait plus me parler de sport. C'était juste de la contrainte à l'état pur, ... ».

Entretien 37 : Fanny

Fanny avait 40 ans au moment de l'entretien et n'était toujours pas guérie des troubles anorexiques (de type boulimie – vomissements) apparus à l'âge de 17 ans. C'est une fille sportive pendant l'enfance qui a entamé un régime à 17 ans pour perdre les quelques kilos pris pendant l'été. Ce qui l'a notamment incité dans cette démarche c'est qu'elle avait reçu de nombreuses remarques notamment de son père et de son voisinage (masculin) qui l'avait touchées :

« Oui. Je n'ai jamais pensé que je grossissais, mais quand mon père dit ; tu dois avoir un problème, tu manges trop... Ca ne m'était jamais venu à l'esprit, et je n'étais pas grosse. Mais depuis ce jour là... ».

Aussi, elle explique avoir toujours ressenti des attentes élevées de la part de ses parents qui l'ont poussé à vouloir toujours être la meilleure dans tous les domaines. Elle est très perfectionniste et veut toujours être la meilleure. Depuis toujours, être grosse lui est synonyme d'échec :

« C'est juste que j'ai peur de ne pas être mince. J'ai peur, je n'accepte pas d'être normale. C'est aussi dans le travail, je n'accepte pas d'être juste... Non, il faut constamment être en premier, il faut être... Ouais... ».

Au niveau sportif, elle a fait de nombreuses pratiques sportives différentes jusqu'à ce qu'elle se spécialise dans la course de longue distance. Elle explique ne jamais avoir été la meilleure ou la plus rapide et avoir développé un besoin de compétition contre elle-même. Par exemple, elle dit :

« - Justement, et c'est bizarre, mais je préfère les sports individuels où je peux vraiment me pousser, me punir si nécessaire. Contrôler, vraiment contrôler, ça c'est le bon mot » (...)

- Et c'était quoi les motivations derrière ?

- De bouger, de ne pas avoir le temps pour réfléchir, et de me pousser, pousser, pousser ».

Aussi, elle rajoute ;

« Il peut y avoir un lien dans le fait que je n'ai jamais été la meilleure, la plus vite, donc je me sentais toujours inférieure, donc peut être à quelque part, ça a nourri ces problèmes [*alimentaires*] ».

Fanny semble construire son estime de soi par le contrôle de soi et la recherche d'excellence notamment à travers son engagement dans la pratique sportive, son activité professionnelle, ou son alimentation :

- « - Tu n'aimes pas avoir faim ?
- Non je n'aime pas du tout, c'est un échec pour moi.
- Donc tu aimes mieux quand tu n'as jamais faim ?
- Oui. C'est une puissance ».

Entretien 38 : Fabia

Fabia avait 26 ans lors de l'entretien et n'était pas encore guérie de ses troubles anorexiques (de type boulimie – vomissements) apparus à l'âge de 16 ans. C'est une fille qui s'est décrite comme hyperactive pendant l'enfance. Elle était donc peu sportive mais toujours en mouvement.

Elle souffre d'un grand mal-être depuis l'adolescence voire même l'enfance : Elle a des problèmes d'épilepsie grave depuis ses 4 ans. A 11 ans, elle a vécu un déménagement de l'Italie à la Suisse qui l'a profondément marqué car elle explique être devenu le bouc émissaire de sa nouvelle classe. Elle recevait énormément de remarques sur son physique. De plus, elle explique avoir été en léger surpoids durant l'enfance. Elle a donc entamé un régime comme solution pour pallier à son mal-être. Elle pensait qu'en perdant du poids, elle serait mieux acceptée et elle existerait aux regards des autres :

« Parce qu'en fait j'ai l'impression que les gens ne me voient pas, que les gens ne m'aiment pas, et ça c'est depuis le cycle, donc depuis le début. Et je me suis rendue compte qu'en effet ce qui a déclenché les troubles alimentaires, c'est que justement je suis tombée dans l'anorexie, j'ai perdu 10 kilos, et tout le monde s'intéressait à moi à ce moment là. Et une fois que les gens ne s'intéressaient plus à moi je suis tombée dans la boulimie parce que de nouveau je me suis retrouvée seule ».

Elle essaie d'exister au travers de sa maladie :

« Exister par la maladie pour attirer l'attention, être mal pour attirer l'attention. »

Parallèlement, elle a commencé la natation pour maigrir encore plus :

« - Tu as une piscine devant la gueule, tu nages quoi !

- Ce n'est même pas l'amour du sport, c'est plus...

- pour maigrir. Sinon j'aime le sport, mais ... (...) Mais en même temps, quand on voit que sur la balance ça a un effet. L'adrénaline. Plus la balance baisse, plus tu as envie d'en faire *[du sport]* ».

Fanny a utilisé la pratique sportive comme un accompagnateur dans ses troubles alimentaires. Le corps façonné par le sport et les régimes rassurent et donnent l'impression de se conformer à des normes acceptables.

Entretien 39 : Hélène

Hélène avait 27 ans lors de l'entretien. Elle souffrait toujours de troubles anorexiques (de type boulimie avec vomissements) apparus à l'âge de 15 ans. C'est une fille sportive depuis l'enfance. Elle est pompier volontaire et donne un cours d'activité physique pour ses coéquipiers de caserne. Elle est très investie dans ce milieu et aime cette identité de sportive au travers de laquelle elle se sent exister autrement que par sa jolie silhouette. En effet, elle explique avoir un joli corps :

« Je me vois basique quoi. J'ai beaucoup de difficulté, tout le monde me dit que je suis très jolie, et moi je ne me vois pas moche, mais je ne me vois pas aussi jolie que les gens me le font ressentir quoi. On me le dit tout le temps. (...) Je me sens bien à travers le regard des autres, parce que les autres me disent toujours que je suis bien, sinon si je me regarde, je ne me vois pas comme les autres me regardent ».

Elle sait qu'elle a un physique avantageux et c'est d'ailleurs son problème. Ça l'a toujours énervé que les gens ne voient que ses formes féminines plutôt que ce qu'elle est réellement :

« (...) Tous les gens que je côtoie ou n'importe quoi, je veux dire à part le physique, ils ne voient rien derrière la personne. La première chose qu'ils voient c'est le physique. Je vais dans n'importe quel travail je me fais embaucher n'importe où. J'ai été achetée une moto, 30 secondes après j'avais une proposition, et donc au bout d'un moment ça devient énervant parce que les gens ne voient que ça (...). Si j'étais costaud, je pourrais avoir beaucoup plus d'amis que ce que j'ai quoi ».

D'ailleurs, elle explique ressentir beaucoup de jalousie de la part d'autres femmes notamment de sa mère.

Elle est tombée dans les troubles alimentaires car, à 15 ans, elle ne prenait pas le temps de faire la queue à la cantine scolaire pour manger et préférait aller faire du sport à la place. Puis, elle allait manger des sucreries et se faisait vomir après. Elle explique son engagement dans les troubles boulimiques comme un moyen de montrer à ses parents qu'elle n'allait pas bien. En fait, elle a recherché une reconnaissance de leur part car c'est une fille non désirée qui a été abandonnée à la naissance et jusqu'à ses 6 ans. D'ailleurs, son père ne l'a reconnue qu'à ses 13 ans. Aussi, son mal être est causé parce qu'elle a été abusé sexuellement quand elle était jeune.

Elle n'a jamais relié sa pratique sportive à ses troubles boulimiques. Elle n'a jamais voulu perdre du poids en pratiquant. Au contraire, elle explique que ça l'aide moralement :

« ... C'est plutôt moralement on va dire, c'est le moral », « il faut faire du sport. J'aime ça. Ça me fait du bien quoi. (...) Au niveau mental ».

Hélène semble refuser l'assignation aux apparences traditionnelles de la féminité. Son corps et sa silhouette s'en rapproche trop et c'est à travers l'identification aux modèles sportifs (son investissement chez les pompiers, sa pratique sportive, sa pratique de la moto, etc.) qu'elle tente de s'en distancer.

Entretien 40 : Joëlle

Joëlle avait 25 ans au moment de l'entretien et est atteinte de troubles anorexiques (avec boulimie et vomissements) depuis ses 14 ans.

C'est une fille sportive ayant eu une culture familiale sportive. Dès 14 ans, elle a augmenté sa quantité d'entraînement de course à pied, s'est inscrite dans un club et a commencé à faire des performances en demi-fond. Au même moment, alors qu'elle n'avait pas pris de poids, elle a décidé de s'intéresser à sa santé. Elle a donc augmenté sa pratique sportive et a fait attention à son alimentation. Elle a ainsi développé une dépendance au sport :

« - Est-ce que tes motivations ont évolué au cours du temps ?

- Oui. Alors quand j'ai commencé à faire ça sérieusement pour moi vers 14-15 ans, c'était plutôt un souci de santé, de me dire : je fais ça parce que c'est bien ! Et après je suis vite tombée dans l'engrenage compétitif. Et alors quand je suis passée dans l'engrenage compétitif, c'est plutôt devenu un besoin. L'entraînement il est là forcément quoi. C'est vraiment devenu un besoin, même dans une journée chargée il faut que je case l'entraînement. Ca, ça a duré longtemps, je dirais entre 16 et 22 ans en tout cas.

- Donc ça, même s'il y avait du mauvais temps, tu y allais sous la pluie courir ?

- Ah forcément ouais.

- Mais lié à la compétition ou lié à d'autres motivations derrière ?

- Je pense lié à la compétition, donc même si j'avais une journée chargée je me disais : ce n'est pas grave je peux m'entraîner à 6h du mat. Et voilà. Bon maintenant c'est vrai que depuis 3-4 ans j'ai eu beaucoup à faire, j'ai été obligée de réduire la compétition, mais l'entraînement c'est quand même resté un besoin. Si j'ai une journée sans entraînement, une journée par semaine ça va, mais si j'ai 3-4 jours sans entraînement ça me pèse.

- Donc tu te sens un peu addictée au sport ?

- Ouais ».

Elle explique avoir basculé ensuite dans des comportements ascétiques et vers la recherche d'une excellence sportive :

« Au tout début, j'ai l'impression que c'était vraiment l'envie de manger sain. Manger sain. Après quand j'ai voulu contrôler le poids, c'est devenu lié au poids ! Mais au tout début, c'était être en forme, faire du sport, se sentir bien, avoir un bon mode de vie ».

D'ailleurs, elle pense avoir indirectement été influencée par le milieu du demi-fond :

« Il y a aussi des "on dit que" ; comme que pour la course d'endurance, un kilo en moins, c'est X secondes de gagnées au kilomètre. C'est ce genre de petites phrases qui dit que... ».

Elle pense surtout que le développement de ses TCA a un lien avec l'influence des magazines de mode qui préconisent une alimentation saine ou qui alertent les gens sur les bienfaits du sport pour la santé :

« Je me suis faite influencée par les magazines féminins, je n'avais pas besoin de perdre du poids, mais rien que le fait de se dire : il faut manger moins gras, moins si, moins ça ! (...) Alors j'ai commencé à faire ça sérieusement [*le jogging*] pour moi vers 14-15 ans, c'était plutôt un souci de santé, de me dire ; je fais ça parce que c'est bien. Et après, je suis vite tombée dans l'engrenage compétitif. (...) En fait j'ai commencé un peu à ce moment là à regarder ce que je mangeais ».

Elle associe la prise de poids avec le malsain :

« - Pour toi, c'est synonyme de quoi être gros ? - Je ne sais pas, de la graisse, c'est malsain, et c'est un handicapant dans la vie aussi de ne pas pouvoir se déplacer ».

Elle avoue aimer son apparence physique de sportive. Son insatisfaction corporelle s'est développée après l'envie d'être en bonne santé en diminuant ses apports alimentaires et en augmentant son activité physique.

Entretien 41 : Laurence

Laurence avait 27 ans au moment de l'entretien et était sortie des troubles alimentaires. A 15 ans et demi, elle est tombée dans l'anorexie restrictive pendant 9 mois. Puis, elle a basculé dans la boulimie (sans vomissements) durant 4 ans.

C'est une fille issue d'une famille sportive et qui a toujours pratiqué au niveau régional. A l'adolescence, elle a arrêté le sport pour se consacrer à sa vie d'adolescente. Elle dit :

« Et après j'ai arrêté de faire du sport 6 mois, un an. Parce qu'en école secondaire, tu veux sortir et tu en as marre de sacrifier ta vie pour le sport, même si je n'étais pas en compétition extrême non plus ».

Cependant, elle a très vite obtenu une mauvaise réputation comme elle l'explique :

« Et pour ces gens, là, j'étais une allumeuse, alors que pas si on me connaissait quoi. C'est juste au niveau de l'apparence, parce que oui je portais des mini-jupes. Et je me souviens, la mode à l'époque, on montrait encore notre ventre quoi. (...) Je sais qu'une fois j'avais une truc en dentelle quasi transparent ».

Elle l'a très mal vécu surtout qu'elle dit n'avoir été qu'une « gamine naïve » à cette époque et qu'elle ne se rendait pas compte qu'elle renvoyait une image de femme qui pouvait être objet de désirs sexuels pour les hommes :

« J'étais assez jeune par rapport aux gens avec qui j'étais. J'étais très jeune et assez naïve aussi. Et je mettais des trucs super moulants ».

Pour elle, elle n'était encore qu'une enfant donc ça n'avait pas d'impact :

« Je me disais : je suis encore une enfant. Donc je m'en fichais ».

En fait, elle s'est construite une image qui n'était pas celle qu'elle voulait montrer. Son apparence n'était pas celle qu'elle voulait dégager. En fait, il semblerait qu'elle ait subi des difficultés dans sa construction identitaire : son autoperception était en décalage avec l'image qu'elle dégageait et ce que lui renvoyait les autres. D'ailleurs, elle dit avoir eu un joli corps et en a eu marre qu'on ne l'a regarde que pour ça :

« Et j'entendais... Je savais d'autres potes, qu'on m'aimait pour ça aussi et tout [*son physique*]. Et toi tu veux autre chose pour finir, tu as juste envie d'être moche pour qu'on t'aime pour toi ! Tu as envie qu'on t'aime pour ce que tu as là et pas le reste ». Elle explique donc : « Ouais, et je voulais consciemment perdre ma féminité aussi ».

Pour cela, elle a entamé un régime. Elle explique avoir opéré un changement total au niveau de son apparence corporelle (tenues vestimentaires, régimes, coupe de cheveux, etc.). Elle a utilisé la pratique sportive pour se forger une nouvelle identité :

« - Tu sais le but [*de ta pratique sportive*] ? C'était plus se détruire, changer ton image ?

- Ouais ça oui. Et le truc... C'est assez marrant... Changer l'image oui, perdre du poids non. Perdre du poids, c'est une fois que j'ai commencé à en perdre que je me suis dit que je pourrais en perdre plus. Mais au début ce n'était pas conscient du tout. (...) Et le plaisir [*de la pratique sportive*], il est juste dans... C'est un peu vieux, mais je dirais dans l'espoir de la transformation en fait ».

Entretien 42 : Laure

Laure avait 30 ans au moment de l'entretien et expliquait toujours souffrir de ses troubles anorexiques (de type boulimie – vomissements) apparus à l'âge de 18 ans. C'est une fille peu sportive depuis l'enfance. Elle explique ne pas avoir aimé le sport et l'EPS à l'école. A l'avènement de ses TCA, elle a commencé le fitness en salle (cours de cardio poste) de façon à modeler sa silhouette et perdre du poids.

Elle explique son envie de perdre du poids de la manière suivante :

« Alors ce qui a déclenché, oui, c'était que je ne m'acceptais pas. Disons que je n'avais pas beaucoup d'amis, et je me disais que pour me faire accepter, il faudrait que je perde un peu de poids, parce que je me trouvais un peu rondelette (...). A l'époque je me disais : pour être acceptée, si je perds du poids, je serai bien. Je pensais que je serai bien à tous les niveaux, à l'école... Et en fait, je suis partie là-dedans et ça n'a pas du tout été mieux ».

Elle a pensé être socialement acceptée en se rapprochant des normes sociétales de beauté. D'ailleurs, pour elle « être grosse signifie être rejetée ». Parallèlement à son mal-être psychologique, elle explique avoir souffert d'un mal-être physique :

« - Donc c'est plus ta petite taille qui te complexait plus que tes formes ?

- Oui, c'était plus ça. A l'époque de l'école oui c'était plus la taille. Je n'osais pas me mettre à côté de quelqu'un de plus grande que moi. Je pense que c'est aussi ça qui a fait que je me suis retirée, parce que j'avais honte d'être petite en fait. Et me mettre à côté d'une grande ça me mettait trop mal. (...)

- Tu es complexée par ta taille ?

- Oui. Des fois j'arrive un petit peu, maintenant ça va un peu mieux, mais il y a des moments où j'ai honte à dire ma taille ».

Aussi, elle raconte avoir reçu des remarques de son père qui l'ont blessées et incitées à poursuivre son amaigrissement :

« - C'est vrai que j'ai mon père qui faisait beaucoup de remarques sur le corps qui changeait à l'adolescence, la poitrine qui arrivait, ça me gênait terriblement. Il était très à tripoter ces filles "oh ma petite chérie", truc dont j'ai horreur. Donc maintenant je ne supporte plus que quelqu'un me touche, enfin j'ai de la peine avec ça. Tout ce qui a rapport au corps, tout ce qui est sexuel, ces choses là, pour le moment ce n'est même pas envisageable. Je me suis sentie violée en fait dans mon intimité.

- Mais il n'y a rien eu de plus que des attouchements comme ça ?

- Non, du tout. C'est plus des remarques et le ressenti que j'avais, quand on me faisait des becs dans les oreilles ou des choses comme ça (...) C'est quelqu'un de très tactile ».

Elle a pratiqué notamment un sport collectif de remise en forme pour modeler son corps et se rapprocher des modèles de beauté valorisés dans la société :

« J'ai tapé sur internet et j'ai regardé un peu ce que c'était ce kick-boxing. J'avais une amie d'école qui en avait fait et je trouvais qu'elle avait une belle silhouette, je m'étais dit pourquoi pas ».

Laure a utilisé la pratique sportive, notamment le sport de remise en forme, comme moyen de faire face à son embarras du corps et atteindre les modèles de beauté valorisés de la société. Plus tard dans sa carrière d'anorexique, elle explique avoir découvert certains sports à travers ses hospitalisations et qui l'ont aidé dans sa guérison : « Mais ça m'a beaucoup aidé cette fois pour le mental [*parlant de la natation*] ».

Entretien 43 : Ludivine

Ludivine avait 17 ans lors de l'entretien et souffrait de troubles alimentaires (anorexie, puis boulimie avec vomissements) depuis l'âge de 15 ans. C'est une fille qui fait de la danse à haut niveau (classe sport étude). Elle adore ce sport, c'est sa passion. Ca lui procure un bien-être qu'elle ne trouve nulle part ailleurs. Comme elle était douée, elle explique avoir ressenti une énorme pression de la part de sa mère pour maigrir :

« En fait, il y a eu beaucoup de pression de la part de ma mère. Je suis bien présente et puis elle voulait que je me prépare à avoir un corps parfait. Et puis, je n'avais jamais entendu parler de régimes à cette époque là [*15 ans*] (...). Et pis moi un corps parfait, ben je vois pas trop car chacun a son corps et pis il y a pas vraiment d'images ... ».

Ce sont donc des régimes incités par sa mère et les différentes comparaisons avec ses copines d'entraînements qui l'ont incité dans des pratiques de régimes alimentaires, ceci pour augmenter ses performances sportives. L'envie d'exceller en danse l'a progressivement amené à entretenir un rapport obsessionnel envers son corps et la nourriture, puis vers des comportements alimentaires déviants. Elle a essayé le fitness car ça mère l'avait inscrite dans le but de s'affiner et corresponde aux physiques des danseuses. Cependant, elle a arrêté.

Entretien 44 : Margaux

Margaux avait 27 ans au moment de l'entretien et avait ne pas encore être guérie de ses troubles anorexiques (de type boulimie avec vomissements) apparus à l'âge de 14-15 ans. C'est une fille qui a toujours pratiqué un sport de manière compétitive. Elle explique l'avènement d'un mal-être à l'entrée au Lycée :

« Il y a eu un contexte social où je me suis retrouvée beaucoup seule. J'ai perdu toutes mes copines. Enfin où mes copines sont devenues... Enfin, elles ont viré et sont devenues des vraies pétasses. ... » (...) « J'avais un certain mode de vie sain quand même. Et pis du coup, je n'allais pas aux fêtes, je ne buvais pas et je ne fumais pas. » (...) « Et pis du coup, j'ai trouvé refuge dans le sport ».

Elle a pratiqué du sport à outrance. En plus, elle s'est beaucoup investie dans ce domaine puisqu'elle a notamment créé un club de course à pied. Puis, elle a perdu ses repères au moment où elle s'est blessée et a dû arrêter la pratique sportive pour quelque temps. Elle semblait ne plus pouvoir s'identifier au modèle sportif auquel elle s'apparentait. En arrêtant la pratique sportive, elle a commencé un régime par peur de prendre du poids :

« Voilà, j'avais peur de grossir parce que j'avais entendu dire que les sportifs qui arrêtaient, prenaient d'un coup pas mal de poids ».

En parallèle, elle explique avoir reçu des remarques sur son physique de la part de sa famille ainsi que de ses amis, ce qui l'a incitée dans sa démarche de perte de poids :

« Enfin mon père me disait que j'étais ... Enfin je me souviens, il me tappe sur la cuisse et me dit ; ouais, toi t'as de la bonne cuisse. Ou alors ma tante qui me comparait beaucoup parce que j'ai une cousine qui est très fluette. (...) A me dire ; ah elle est plus costaud que Louise¹⁷, pis machin. Et puis le jour où j'ai eu les seins qui ont commencé à pousser, je me souviens ; ah mais regarde, elle commence à devenir une femme . Mais ça, je ne l'accepte pas ! ».

Elle raconte sa peine à accepter ses transformations pubertaires :

« Je voyais les seins de ma mère et je trouvais ça moche. Et pis pour moi c'était associé à être grosse. Ouais, être une femme, c'était associé à être grosse, avoir les hanches larges, une poitrine, du ventre ».

¹⁷ Nom d'emprunt

En fait, elle a des antécédents d'obésité dans sa famille, ce qui l'a également influencée à faire attention à son poids corporel. Elle a donc entamé un régime qu'elle n'a pas réussi à stopper lorsqu'elle a pu recommencer sa pratique sportive :

« ...Il y a eu l'euphorie du régime et puis je trouvais que c'était super. Et je ne perdais pas plus mes capacités sportives, donc c'était génial et pis voilà ».

Elle explique avoir trouvé SA manière d'être féminine à travers la fragilité qu'elle dégageait en étant maigre. Margaux semble refuser de s'assigner aux apparences traditionnelles de la féminité. L'identification aux modèles sportifs a été, à un moment de sa carrière, une ressource pour se distancier des identités sexuées traditionnelles.

Ensuite, c'est par le biais de ses hospitalisations qu'elle a découvert les pratiques sportives dans le sens d'un bien-être corporel :

« Et là, j'ai fait de la piscine avec un kiné. Il me faisait faire des mouvements dans l'eau, des massages avec un jet, et j'ai pu retrouver des sensations de mon corps. Et c'était sentir mon corps que je voulais. Je le sentais plus avec les médicaments, avec la perte de poids, j'avais plus de muscles, j'avais plus rien. L'eau pour moi c'était un miracle, ça m'a permis de ressentir ma peau. Je ne me souviens plus si j'étais encore dans une optique de perte de poids. Sans parler de sport, c'était le mouvement qui était important. Marcher autour de l'hôpital, c'était pas dans une optique de perdre du poids, c'était le mouvement, sentir l'air, s'oxygéner, ressentir son corps, la souplesse, que je puisse me plier en deux, j'étais assez fière de ma souplesse. Je faisais beaucoup d'étirements ».

Entretien 45 : Sandra

Sandra avait 26 ans au moment de l'entretien et était guérie de ses troubles alimentaires apparus vers 15-17 ans. C'est une fille russe qui a fait de la gymnastique de haut niveau dans son pays jusqu'à ce qu'elle doive arrêter sur blessure à 13 ans. Elle raconte :

« Ils m'ont dit que j'étais trop vieille pour faire des compétitions à haut niveau. Et puis de toute façon, on allait jamais me revoir sur un podium ».

Elle a ensuite commencé la danse (8h par semaine) car elle ressentait le besoin de continuer une activité sportive. Puis à la puberté, elle a pris du poids et explique avoir reçu beaucoup de remarques de la part de ses entraîneurs de danse :

« Et puis du coup, j'ai commencé à hésiter d'aller parce que c'était vraiment agaçant d'entendre : t'es grosse, tu as le cul qui sort... ».

Elle a eu de la peine à le supporter et des complexes sur son physique sont apparus. Elle a entamé un régime. Malgré tout, son mal-être physique est resté et plus tard, au moment dans l'entrée à l'université (étude en sciences du sport) elle explique avoir ressenti des regards voire des remarques de son entourage (milieu sportif) concernant son physique qu'elle percevait comme trop gros, ce qui était difficile à vivre. En fait, elle a dû s'entraîner énormément pour pouvoir obtenir une bourse afin de payer ses études et entrer à l'université en science du sport. D'ailleurs, elle explique avoir toujours excellé dans le domaine sportif depuis l'enfance, tant dans sa pratique de gymnastique de haut niveau, qu'en danse ou que pour obtenir une bourse et entrer à l'université. C'est toujours à travers la pratique sportive qu'elle a pu (ou du) se démarquer. Par exemple, elle raconte :

« Tout le monde regarde toi et pis... J'étais très forte en gymnastique donc je prenais toujours la première place et puis je ne regardais jamais les filles. Je me suis entraînée à 100% et je me suis toujours donnée à 100% partout. Donc être meilleure, être toujours performante. Aux études, je faisais toujours avec les bonnes notes et donc je finissais toujours en première » (...) « Maintenant, ce n'est pas le cas mais à l'école vraiment, il y avait plus de compétition » (...) « Parce que mon père ne peut pas me payer les études... ou je travaille comme une folle pour obtenir une bourse et c'était le cas en fait ».

Perdre du poids dans le but d'augmenter ses performances sportives et d'exceller semble avoir été sa manière pour atteindre ses objectifs (sportif, scolaire, etc.), mais aussi pour conserver son identité de femme sportive. D'ailleurs, son idéal féminin c'est « les corps athlétiques » qui sont musclés. Etre « grosse signifie ne pas être jolie ». Elle a donc une identité de sportive qu'elle décrit comme incompatible avec le surpoids. Et c'est pourquoi, elle a toujours eu beaucoup de peine à accepter les remarques (directes ou indirectes) sur son corps ou sa silhouette. C'est ainsi qu'une obsession sur le corps et la nourriture s'est développée l'a menant vers des troubles alimentaires. Par exemple, elle dit :

« Non, parce qu'être sportif très tôt donne une apparence d'une fille fine. Et comme j'étais toujours fine en regardant toutes mes photos de l'enfance avec aucun souci. Donc c'était bizarre de me retrouver avec 10 kilos supplémentaires en 6 mois ».

3. Tableaux des analyses statistiques

3.1. Pratique sportive et développement des troubles alimentaires

3.1.1. Pratique sportive des femmes s'adonnant aux sports de remise en forme

Annexe 1 : Pratique des sports de remise en forme comme pratique sportive principale

Table de fréquences : A1hprat principal (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	779	779	61,33858	61,3386
2	405	1184	31,88976	93,2283
VM	86	1270	6,77165	100,0000

Annexe 2 : Sports de remise en forme et âge du début de la pratique

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
A1b âge débu	1137	17,87599	4,000000	29,00000	4,318270

Annexe 3 : Types de cours pratiqués

Table de fréquences : A1a_cardio (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	310	310	24,40945	24,4094
1	938	1248	73,85827	98,2677
VM	22	1270	1,73228	100,0000

Table de fréquences : A0b_renforcement (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	634	634	49,92126	49,9213
1	614	1248	48,34646	98,2677
VM	22	1270	1,73228	100,0000

Table de fréquences : A1c_autre (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1083	1083	85,27559	85,2756
1	165	1248	12,99213	98,2677
VM	22	1270	1,73228	100,0000

Annexe 4 : Lieu de pratique des sports de remise en forme

Table de fréquences : A1c_sportU (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	330	330	25,98425	25,9843
1	919	1249	72,36220	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Table de fréquences : A1c_fitness privée (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	953	953	75,03937	75,0394
1	296	1249	23,30709	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Table de fréquences : A1c_club (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1095	1095	86,22047	86,2205
1	154	1249	12,12598	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Table de fréquences : A1c_autre (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1112	1112	87,55906	87,5591
1	137	1249	10,78740	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Annexe 5 : Quantité de pratique

- des sports de remise en forme

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
A1e heure	1171	2,992912	0,500000	15,00000	1,965065

- tous sports confondus

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
A3 heur tot spor	568	5,948944	1,000000	44,00000	4,262758

Annexe 6 : Fréquence des sports de remise en forme

Table de fréquences : A1d nb foi/sem (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs	%age	%age
		Cumulés		Cumulé
4 fois/sem ou +	147	147	11,57480	11,5748
2-3 fois/ sem	620	767	48,81890	60,3937
1 fois/sem	377	1144	29,68504	90,0787
Moins d'1 fois /sem	24	1168	1,88976	91,9685
VM	102	1270	8,03150	100,0000

3.1.2. Indice de troubles alimentaires chez les pratiquantes de sports de remise en forme

Annexe 7 : Score moyen à l'EAT-26

	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
SCORE EAT	1264	7,649509	0,00	64,00000	9,415358

Annexe 8 : Score à l'EAT-26 supérieur à 20

Table de fréquences : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	1133	1133	89,21260	89,2126
2	131	1264	10,31496	99,5276
VM	6	1270	0,47244	100,0000

Annexe 9 : IMC moyen

BMI - Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
BMI	1254	21,34156	14,68000	45,78000	2,657103

Annexe 10 : Catégorie d'IMC

Table de fréquences : BMI codage (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
BMI<18.5	103	103	8,11024	8,1102
18.5<BMI<24.9	1063	1166	83,70079	91,8110
BMI>24.9	88	1254	6,92913	98,7402
VM	16	1270	1,25984	100,0000

Annexe 11: Lien entre l'IMC et l'EAT-26

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT	7,64686	9,418450					
BMI	21,34149	2,662806	0,111465	0,012424	3,959241	0,000079	1248

Annexe 12 : Score à l'EAT-26 selon les catégories d'IMC

Statistiques Descriptives par Groupes (donnéesFinal_F_30ans) Plus petit N de ttes les vars1248			
BMI codage	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI
	Moyennes	N	Ec-Type
BMI<18.5	10,42835	103	13,86533
18.5<BMI<24.9	7,11155	1057	8,74135
BMI>24.9	10,82102	88	9,78629
TsGrpes	7,64686	1248	9,41845

Analyse de la Variance (donnéesFinal_F_30ans) Effets significatifs marqués à $p < ,05000$								
	SC	dl	MC	SC	dl	MC	F	p
	Effet	Effet	Effet	Erreur	Erreur	Erreur		
SCORE EAT	1986,394	2	993,1972	108631,5	1245	87,25420	11,38280	0,000013

Test LSD ; Variable SCORE EAT - VRAI (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=10,428	M=7,1116	M=10,821
{1}		0,000601	0,772179
{2}	0,000601		0,000358
{3}	0,772179	0,000358	

Annexe 13 : Catégories d'IMC chez les filles atteintes de TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)					
	EAT > 20 = 2	BMI codage	BMI codage	BMI codage	Totaux
		1	2	3	Ligne
Effectif	1	83	960	75	1118
%age Colonne		80,58%	90,82%	85,23%	
%age Ligne		7,42%	85,87%	6,71%	
%age Total		6,65%	76,92%	6,01%	89,58%
Effectif	2	20	97	13	130
%age Colonne		19,42%	9,18%	14,77%	
%age Ligne		15,38%	74,62%	10,00%	
%age Total		1,60%	7,77%	1,04%	10,42%
Effectif	Ts Grpes	103	1057	88	1248
%age Total		8,25%	84,70%	7,05%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x BMI codage(3) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	12,47258	dl=2	p=,00196
Chi² Max-Vr.	10,74589	dl=2	p=,00464

Annexe 14 : Fréquence d'utilisation des méthodes pour perdre du poids

Table de fréquences : C28 fréqu régime (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	701	701	55,19685	55,1969
1x/mois ou moins	328	1029	25,82677	81,0236
1x/sem ou moins	68	1097	5,35433	86,3780
Plusieurs fois/ sem	78	1175	6,14173	92,5197
Tous les jours	62	1237	4,88189	97,4016
VM	33	1270	2,59843	100,0000

Table de fréquences : C28 fréqu jeûne (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1177	1177	92,67717	92,6772
1x/mois ou moins	52	1229	4,09449	96,7717
1x/sem ou moins	11	1240	0,86614	97,6378
Plusieurs fois/ sem	1	1241	0,07874	97,7165
Tous les jours	1	1242	0,07874	97,7953
VM	28	1270	2,20472	100,0000

Table de fréquences : C28 fréqu vomiss (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1192	1192	93,85827	93,8583
1x/mois ou moins	34	1226	2,67717	96,5354
1x/sem ou moins	10	1236	0,78740	97,3228
Plusieurs fois/ sem	7	1243	0,55118	97,8740
Tous les jours	6	1249	0,47244	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Table de fréquences : C28 laxatif (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1211	1211	95,35433	95,3543
1x/mois ou moins	29	1240	2,28346	97,6378
1x/sem ou moins	5	1245	0,39370	98,0315
Plusieurs fois/ sem	3	1248	0,23622	98,2677
Tous les jours	2	1250	0,15748	98,4252
VM	20	1270	1,57480	100,0000

Table de fréquences : C28 diurétique (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1225	1225	96,45669	96,4567
1x/mois ou moins	14	1239	1,10236	97,5591
1x/sem ou moins	5	1244	0,39370	97,9528
Plusieurs fois/ sem	3	1247	0,23622	98,1890
Tous les jours	2	1249	0,15748	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Table de fréquences : C28 coupe-faim (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1197	1197	94,25197	94,2520
1x/mois ou moins	28	1225	2,20472	96,4567
1x/sem ou moins	11	1236	0,86614	97,3228
Plusieurs fois/ sem	8	1244	0,62992	97,9528
Tous les jours	5	1249	0,39370	98,3465
VM	21	1270	1,65354	100,0000

Annexe 15 : Lien entre les méthodes pour perdre du poids et l'EAT-26

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C28 fréqu régime	1,76	1,12					
SCORE EAT	7,59	9,33	0,52	0,27	21,82	0,00	1237
C28 fréqu jeûne	1,06	0,30					
SCORE EAT	7,56	9,31	0,26	0,07	9,67	0,00	1242
C28 fréqu vomiss	1,07	0,42					
SCORE EAT	7,57	9,29	0,43	0,19	17,28	0,00	1249
C28 laxatif	1,04	0,29					
SCORE EAT	7,56	9,29	0,23	0,053	8,37	0,00	1250
C28 diurétique	1,03	0,27					
SCORE EAT	7,57	9,29	0,18	0,033	6,53	0,00	1249
C28 coupe-faim	1,07	0,41					
SCORE EAT	7,57	9,29	0,14	0,02	5,30	0,00	1249

Annexe 16 : Fréquence d'utilisation des méthodes pour perdre du poids chez les filles ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	2			
C28 fréqu régime	1,613165	3,078125	-15,1551	1235	0,000000
C28 fréqu jeûne	1,044883	1,242188	-7,0581	1240	0,000000
C28 fréqu vomiss	1,033006	1,484375	-12,0278	1247	0,000000
C28 laxatif	1,030303	1,171875	-5,2773	1248	0,000000
C28 diurétique	1,016949	1,171875	-6,2193	1247	0,000000
C28 coupe-faim	1,057092	1,234375	-4,5943	1247	0,000005

Annexe 17 : Fréquence et durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids

Table de fréquences : C29méthod régime (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	697	697	54,88189	54,8819
Depuis moins de 6 mois	117	814	9,21260	64,0945
Depuis 6 à 12 mois	57	871	4,48819	68,5827
Depuis plus d'1 an	338	1209	26,61417	95,1969
VM	61	1270	4,80315	100,0000

Table de fréquences : C29 méthode jeûne (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1138	1138	89,60630	89,6063
Depuis moins de 6 mois	14	1152	1,10236	90,7087
Depuis 6 à 12 mois	7	1159	0,55118	91,2598
Depuis plus d'1 an	44	1203	3,46457	94,7244
VM	67	1270	5,27559	100,0000

Table de fréquences : C29méthod vomis (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1149	1149	90,47244	90,4724
Depuis moins de 6 mois	7	1156	0,55118	91,0236
Depuis 6 à 12 mois	8	1164	0,62992	91,6535
Depuis plus d'1 an	40	1204	3,14961	94,8031
VM	66	1270	5,19685	100,0000

Table de fréquences : C29méthod laxati (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1171	1171	92,20472	92,2047
Depuis moins de 6 mois	7	1178	0,55118	92,7559
Depuis 6 à 12 mois	6	1184	0,47244	93,2283
Depuis plus d'1 an	20	1204	1,57480	94,8031
VM	66	1270	5,19685	100,0000

Table de fréquences : C29méthod coupe (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1150	1150	90,55118	90,5512
Depuis moins de 6 mois	15	1165	1,18110	91,7323
Depuis 6 à 12 mois	11	1176	0,86614	92,5984
Depuis plus d'1 an	20	1196	1,57480	94,1732
VM	74	1270	5,82677	100,0000

Table de fréquences : C29méthod diurét (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Jamais	1181	1181	92,99213	92,9921
Depuis moins de 6 mois	6	1187	0,47244	93,4646
Depuis 6 à 12 mois	9	1196	0,70866	94,1732
Depuis plus d'1 an	8	1204	0,62992	94,8031
VM	66	1270	5,19685	100,0000

Annexe 18 : Lien entre la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids et l'EAT-26

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C29méthod régim	2,02	1,32					
SCORE EAT	7,58	9,23	0,39	0,15	14,93	0,00	1209
C29 méthod jeûn	1,13	0,588					
SCORE EAT	7,57	9,24	0,29	0,08	10,60	0,00	1203
C29méthod vomis	1,11	0,563					
SCORE EAT	7,58	9,25	0,39	0,15	14,88	0,00	1204
C29méthod laxati	1,06	0,41					
SCORE EAT	7,60	9,29	0,22	0,05	8,15	0,00	1204
C29méthod diurét	1,03	0,30					
SCORE EAT	7,60	9,29	0,19	0,03	6,74	0,00	1204
C29méthod coupe	1,08	0,43					
SCORE EAT	7,62	9,29	0,17	0,03	6,07	0,00	1196

Annexe 19 : La durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids chez les filles ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	2			
C29méthod régim	1,909677	3,080645	-9,7125	1207	0,000000
C29 méthod jeûn	1,085185	1,552846	-8,5956	1201	0,000000
C29méthod vomis	1,056481	1,661290	-11,9700	1202	0,000000
C29méthod laxati	1,037037	1,314516	-7,2241	1202	0,000000
C29méthod diurét	1,020370	1,209677	-6,6576	1202	0,000000
C29méthod coupe	1,062442	1,243902	-4,3670	1194	0,000014

Annexe 20 : Lien entre l'IMC et les méthodes utilisées pour perdre du poids

- Fréquence d'utilisation des méthodes pour perdre du poids et IMC

	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
BMI	21,34	2,66					
C28 fréqu régim	1,77	1,13	0,20	0,04	7,47	0,00	1223
BMI	21,33	2,66					
C28 fréqu jeûne	1,06	0,30	0,04	0,00	1,59	0,11	1227
BMI	21,33	2,66					
C28 fréqu vomiss	1,07	0,42	0,01	0,00	0,54	0,58	1234
BMI	21,33	2,66					
C28 laxatif	1,04	0,28	0,00	0,00	0,20	0,83	1235
BMI	21,34	2,65					
C28 diurétique	1,03	0,27	0,05	0,00	2,04	0,04	1234
BMI	21,33	2,66					
C28 coupe-faim	1,07	0,41	0,06	0,00	2,40	0,01	1234

- Durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids et IMC

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
BMI	21,34908	2,660094					
C29méthod régim	2,03	1,32	0,19	0,03	6,86	0,00	1195
BMI	21,35	2,66					
C29 méthod jeûn	1,13	0,58	0,03	0,00	1,13	0,25	1188
BMI	21,34	2,65					
C29méthod vomis	1,12	0,56	0,01	0,00	0,63	0,52	1189
BMI	21,34	2,66					
C29méthod laxati	1,06	0,41	0,00	0,00	0,31	0,75	1189
BMI	21,34	2,66					
C29méthod diurét	1,04	0,30	-0,00	0,00	-0,14	0,88	1189
BMI	21,33	2,62					
C29méthod coupe	1,08	0,44	0,02	0,00	1,00	0,31	1181

Annexe 21 : Méthodes de perte de poids par rapport aux catégories d'IMC

Analyse de la Variance (donnéesFinal_F_30ans) Effets significatifs marqués à $p < ,05000$						
	SC	dl	dl	MC	F	p
	Effet	Effet	Erreur	Erreur		
C28 fréqu régim	28,86	2	1220	1,25	11,46	0,00
C28 fréqu jeûne	0,11	2	1224	0,09	0,59	0,55
C28 fréqu vomiss	0,61	2	1231	0,17	1,72	0,17
C28 laxatif	0,29	2	1232	0,08	1,78	0,16
C28 diurétique	0,26	2	1231	0,07	1,83	0,16
C28 coupe-faim	0,07	2	1231	0,17	0,20	0,81
C29méthod régim	28,09	2	1192	1,72	8,15	0,00
C29 méthod jeûn	0,72	2	1185	0,34	1,05	0,34
C29méthod vomis	0,13	2	1186	0,32	0,21	0,80
C29méthod laxati	0,41	2	1186	0,17	1,19	0,30
C29méthod diurét	0,06	2	1186	0,09	0,36	0,69
C29méthod coupe	0,05	2	1178	0,19	0,14	0,86

BMI codage	C28 fréqu régim	C28 fréqu régim	C28 fréqu régim	C29méthod régim	C29méthod régim	C29méthod régim
	Moyennes	N	Ec-Type	Moyennes	N	Ec-Type
1	1,673267	101	1,273648	1,690722	97	1,175805
2	1,733591	1036	1,080558	2,030542	1015	1,324944
3	2,325581	86	1,392770	2,481928	83	1,310013
TsGrpes	1,770237	1223	1,131471	2,034310	1195	1,320370

Test LSD ; Variable C28 fréqu régim (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=1,6733	M=1,7336	M=2,3256
{1}		0,606080	0,000078
{2}	0,606080		0,000003
{3}	0,000078	0,000003	

Test LSD ; Variable C29méthod régime (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=1,6907	M=2,0305	M=2,4819
{1}		0,014990	0,000059
{2}	0,014990		0,002647
{3}	0,000059	0,002647	

Annexe 22 : Caractéristique descriptive du régime alimentaire particulier (Végétarienne, végétalienne)

Table de fréquences : C27 conduite alim (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs	%age	%age
		Cumulés		Cumulé
Végétarien	104	104	8,18898	8,1890
Végétalien	15	119	1,18110	9,3701
Ni l'un, ni l'autre	1126	1245	88,66142	98,0315
VM	25	1270	1,96850	100,0000

Annexe 23 : Lien entre les troubles alimentaires et le fait d'être végétar(l)ienne

Tableau à Double Entrée des Stats Descriptives (donnéesFinal_F_30ans) N=1245 (aucune VM dans les vars dép.)			
	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI
	Moyennes	N	Ec-Type
Végétarienne	8,97269	104	12,01275
Végétalienne	15,00000	15	19,51190
Ni l'un, ni l'autre	7,33972	1126	8,76973
Ts Grpes	7,56843	1245	9,30925

Analyse de la Variance (donnéesFinal_F_30ans) Effets significatifs marqués à $p < ,05000$								
	SC	dl	MC	SC	dl	MC	F	p
	Effet	Effet	Effet	Erreur	Erreur	Erreur		
SCORE EAT	1092,403	2	546,2016	106715,2	1242	85,92208	6,356942	0,001792

Test LSD ; Variable SCORE EAT (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=8,9727	M=15,000	M=7,3397
{1}		0,018713	0,085876
{2}	0,018713		0,001512
{3}	0,085876	0,001512	

Annexe 24 : Régime alimentaire des filles ayant des troubles alimentaires

- Régime alimentaire et EAT-26

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)					
	EAT > 20 = 2	C27 conduite alim	C27 conduite alim	C27 conduite alim	Totaux
		1	2	3	Ligne
Effectif	1	90	11	1016	1117
%age Colonne		86,54%	73,33%	90,23%	
%age Ligne		8,06%	0,98%	90,96%	
%age Total		7,23%	0,88%	81,61%	89,72%
Effectif	2	14	4	110	128
%age Colonne		13,46%	26,67%	9,77%	
%age Ligne		10,94%	3,13%	85,94%	
%age Total		1,12%	0,32%	8,84%	10,28%
Effectif	Ts Grpes	104	15	1126	1245
%age Total		8,35%	1,20%	90,44%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x C27 conduite alim(3) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	5,826538	dl=2	p=,05430
Chi² Max-Vr.	4,563211	dl=2	p=,10213

- Régime alimentaire et méthodes de perte de poids

	SC Effet	dl Effet	MC Effet	SC Erreur	dl Erreur	MC Erreur	F	p
C28 fréqu régime	1,58	2	0,79	1561,148	1228	1,27	0,62	0,53
C28 fréqu jeûne	0,42	2	0,21	114,410	1235	0,09	2,27	0,10
C28 fréqu vomiss	1,89	2	0,94	218,692	1240	0,17	5,36	0,00
C28 laxatif	0,51	2	0,25	101,137	1241	0,08	3,18	0,04
C28 diurétique	0,04	2	0,02	90,668	1240	0,07	0,30	0,73
C28 coupe-faim	0,00	2	0,00	213,186	1240	0,17	0,01	0,98

C27 conduite alim	C28 fréqu vomiss	C28 fréqu vomiss	C28 fréqu vomiss	C28 laxatif	C28 laxatif	C28 laxatif
	Moyennes	N	Ec-Type	Moyennes	N	Ec-Type
Végétarienne	1,184466	103	0,622260	1,077670	103	0,362165
Végétalienne	1,266667	15	1,032796	1,200000	15	0,774597
Ni l'un, ni l'autre	1,064889	1125	0,382285	1,038188	1126	0,265594
TsGrpes	1,077233	1243	0,421432	1,043408	1244	0,285977

Test LSD ; Variable C28 fréqu vomiss (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=1,1845	M=1,2667	M=1,0649
{1}		0,478916	0,005761
{2}	0,478916		0,064757
{3}	0,005761	0,064757	

Test LSD ; Variable C28 laxatif (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à $p < ,05000$			
	{1}	{2}	{3}
	M=1,0777	M=1,2000	M=1,0382
{1}		0,121262	0,179355
{2}	0,121262		0,029386
{3}	0,179355	0,029386	

3.1.3. Lien entre les troubles alimentaires et la pratique des sports de remise en forme

Annexe 25 : Age de début des sports de remise en forme et TCA

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A1b âge débu	17,86926	4,323220					
SCORE EAT	7,34985	8,606258	-0,035407	0,001254	-1,19097	0,233917	1132

Annexe 26 : Lien entre la pratique des sports de remise en forme et TCA

Tests t ; Classmt : A1a_cardio (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	7,663880	6,642718	1,749901	1240	0,080383	933	309

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	A1a_cardio	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	0	283	26	309
%age Colonne		25,25%	21,49%	
%age Ligne		91,59%	8,41%	
%age Total		22,79%	2,09%	24,88%
Effectif	1	838	95	933
%age Colonne		74,75%	78,51%	
%age Ligne		89,82%	10,18%	
%age Total		67,47%	7,65%	75,12%
Effectif	Ts Grpes	1121	121	1242
%age Total		90,26%	9,74%	

Stats : A1a_cardio(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	,8251250	dl=1	p=,36369
Chi² Max-Vr.	,8494474	dl=1	p=,35671

Annexe 27 : Lien entre la pratique de sport de remise en forme et les méthodes utilisées pour perdre du poids

Tests t ; Classmt : A1a_cardio (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
C28 fréqu régim	1,79	1,64	2,06	1215	0,03	917	300
C28 fréqu jeûne	1,05	1,07	-1,07	1220	0,28	919	303
C28 fréqu vomiss	1,07	1,06	0,05	1227	0,95	924	305
C28 laxatif	1,03	1,04	-0,80	1228	0,42	925	305
C28 diurétique	1,03	1,02	0,28	1227	0,77	924	305
C28 coupe-faim	1,07	1,05	0,84	1228	0,39	925	305
C29méthod régim	2,08	1,86	2,38	1188	0,01	905	285
C29 méthod jeûn	1,12	1,12	0,05	1182	0,95	900	284
C29méthod vomis	1,11	1,12	-0,34	1183	0,73	900	285
C29méthod laxati	1,06	1,04	0,56	1182	0,56	899	285
C29méthod diurét	1,04	1,02	1,00	1182	0,31	899	285
C29méthod coupe	1,08	1,02	2,12	1175	0,03	895	282

Annexe 28 : Lien entre la pratique de sports de remise en forme (renforcement musculaire et les autres sports) et TCA

Tests t ; Classmt : A0b_renforcement (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	7,285581	7,530127	-0,484061	1240	0,628428	611	631

Tests t ; Classmt : A1c_autre (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	7,426626	7,407285	0,025855	1240	0,979377	163	1079

Annexe 29 : Lien entre lieu de pratique et TCA

- Corrélation entre le lieu de pratique et les TCA

Tests t ; Classmt : A1c_sportU (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	6,784524	9,116758	-4,10849	1241	0,000042	913	330

- Lieu de pratique chez les filles ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	A1c_sportU	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	0	287	43	330
%age Colonne		25,58%	35,54%	
%age Ligne		86,97%	13,03%	
%age Total		23,09%	3,46%	26,55%
Effectif	1	835	78	913
%age Colonne		74,42%	64,46%	
%age Ligne		91,46%	8,54%	
%age Total		67,18%	6,28%	73,45%
Effectif	Ts Grpes	1122	121	1243
%age Total		90,27%	9,73%	

Stats : A1c_sportU(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	5,553891	dl=1	p=,01844
Chi² Max-Vr.	5,259158	dl=1	p=,02183

Tests t ; Classmt : A1c_fitness privée (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	8,996441	6,908070	3,538235	1241	0,000418	295	948

Stats : A1c_fitness privée(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	2,683166	dl=1	p=,10142
Chi² Max-Vr.	2,561642	dl=1	p=,10949

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Effectifs en surbrillance > 10			
	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
	1	2	Ligne
0	863	85	948
% Col.	76,92%	70,25%	
% Ligne	91,03%	8,97%	
% Total	69,43%	6,84%	76,27%
1	259	36	295
% Col.	23,08%	29,75%	
% Ligne	87,80%	12,20%	
% Total	20,84%	2,90%	23,73%
Total	1122	121	1243
% Total	90,27%	9,73%	100,00%

Tests t ; Classmt : A1c_club (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	8,133377	7,300514	1,087774	1241	0,276906	154	1089

Tests t ; Classmt : A1c_autre (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	0				1	0
SCORE EAT	6,692000	7,490415	-0,984735	1241	0,324946	135	1108

Annexe 30 : Lien entre la quantité et la fréquence de pratique sportive et les TCA

- *Corrélation entre quantité de pratique de sport (tous confondus) et TCA*

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A3 heur tot spor	5,961062	4,270683					
SCORE EAT	7,470956	9,739277	0,089679	0,008042	2,136470	0,033072	565

- *Quantité de pratique chez les filles ayant des TCA*

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
A3 heur tot spor	5,882643	6,646552	-1,29120	563	0,197163	507	58

Analyse de la Variance Effets significatifs marqués à $p < .05000$

	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
A3 heur tot de spor	30.37179	1	30.37179	10256.27	563	18.21718	1.667206	0.197163

- *Lien entre la quantité de pratique sportive et les méthodes utilisées afin de perdre du poids*

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A3 heur tot spor	5,935455	4,251210					
C28 fréqu régim	1,623636	1,009150	-0,036243	0,001314	-0,848973	0,396267	550
A3 heur tot spor	5,946655	4,244066					
C28 fréqu jeûne	1,068716	0,322436	0,099986	0,009997	2,358823	0,018681	553
A3 heur tot spor	5,936266	4,232877					
C28 fréqu vomiss	1,104129	0,475970	0,071146	0,005062	1,680343	0,093453	557
A3 heur tot spor	5,936266	4,232877					
C28 laxatif	1,043088	0,302763	0,071616	0,005129	1,691502	0,091302	557
A3 heur tot spor	5,936151	4,236687					
C28 diurétique	1,012590	0,126718	0,008212	0,000067	0,193302	0,846793	556
A3 heur tot spor	5,943345	4,233386					
C28 coupe-faim	1,061151	0,388856	0,137284	0,018847	3,262162	0,001174	556
A3 heur tot spor	5,972846	4,279813					
C29méthod régim	1,883895	1,279659	-0,001604	0,000003	-0,037007	0,970493	534
A3 heur tot spor	5,967167	4,285330					
C29 méthod jeûn	1,133208	0,587371	0,066711	0,004450	1,540674	0,123992	533
A3 heur tot spor	5,963551	4,279456					
C29méthod vomis	1,173832	0,685366	0,042069	0,001770	0,972106	0,331439	535
A3 heur tot spor	5,957944	4,280061					
C29méthod laxati	1,071028	0,439827	0,049837	0,002484	1,152000	0,249838	535
A3 heur tot spor	5,957944	4,280061					
C29méthod diurét	1,020561	0,223916	-0,010820	0,000117	-0,249815	0,802827	535
A3 heur tot spor	5,974576	4,286421					
C29méthod coupe	1,067797	0,415636	0,116935	0,013674	2,708087	0,006986	531

Annexe 31 : Lien entre la fréquence de pratique des sports de remise en forme et les TCA

- *A.Corrélation entre le nombre d'heure de pratique des sports de remise en forme et les TCA (EAT-26)*

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A1e heure	2,991588	1,966135					
SCORE EAT	7,450944	8,787657	0,161656	0,026133	5,586394	0,000000	1165

- B. Comparaison entre filles ayant ou pas des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
A1e heure	2,905994	3,780702	-4,54972	1163	0,000006	1051	114

- C. Corrélation entre la fréquence de pratique des sports de remise en forme et les TCA

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT	7,413417	8,749962					
A1d nb foi/sem	2,239243	0,687961	-0,166750	0,027805	-5,75993	0,000000	1162

- D. Fréquence de pratique chez les filles ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
A1d nb foi/sem	2,270038	1,956140	4,667754	1160	0,000003	1048	114

- E. Comparaison de la fréquence de pratique entre les filles avec ou sans TCA

(effectifs marginaux non marqués)

	A1d nb foi/sem	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		Sans TCA	Avec TCA	Ligne
Effectif	plus de 4 fois par semaine	121	24	145
%age Colonne		11.55%	21.05%	
%age Total		10.41%	2.07%	12.48%
Effectif	2 à 3 fois par semaine	546	72	618
%age Colonne		52.10%	63.16%	
%age Total		46.99%	6.20%	53.18%
Effectif	une fois par semaine	358	17	375
%age Colonne		34.16%	14.91%	
%age Total		30.81%	1.46%	32.27%
Effectif	moins d'une fois par semaine	23	1	24
%age Colonne		2.19%	0.88%	
%age Total		1.98%	0.09%	2.07%
Effectif	Ts Grpes	1048	114	1162
%age Total		90.19%	9.81%	

Stats : A1d nb foi/sem(4) x EAT > 20 = 2(2) (DonnéesTAPS1_Final_Août12)

	Chi ²	dl	p
Chi ² de Pearson	22.47843	dl=3	p=.00005

Annexe 32 : Lien entre la fréquence de pratique des sports de remise en forme et les méthodes utilisées pour perdre du poids

1. Corrélation entre EAT-26 et les méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A1d nb foi/sem	2,248021	0,686937					
C28 fréqu régim	1,781882	1,129746	-0,129866	0,016865	-4,41251	0,000011	1137
A1d nb foi/sem	2,243668	0,688959					
C28 fréqu jeûne	1,056769	0,276261	-0,017628	0,000311	-0,59608	0,551239	1145
A1d nb foi/sem	2,241950	0,688847					
C28 fréqu vomiss	1,068755	0,379767	-0,033678	0,001134	-1,14122	0,254017	1149
A1d nb foi/sem	2,241739	0,688584					
C28 laxatif	1,040870	0,262344	-0,107735	0,011607	-3,67167	0,000252	1150
A1d nb foi/sem	2,241950	0,688847					
C28 diurétique	1,035683	0,282376	-0,035467	0,001258	-1,20194	0,229633	1149
A1d nb foi/sem	2,241739	0,688584					
C28 coupe-faim	1,078261	0,428486	-0,049428	0,002443	-1,67677	0,093861	1150
A1d nb foi/sem	2,243074	0,688445					
C29méthod régim	2,049151	1,323483	-0,054355	0,002954	-1,81931	0,069132	1119
A1d nb foi/sem	2,245520	0,687315					
C29 méthod jeûn	1,121864	0,567764	-0,053758	0,002890	-1,79687	0,072628	1116
A1d nb foi/sem	2,245520	0,687315					
C29méthod vomis	1,112007	0,549765	-0,039614	0,001569	-1,32322	0,186034	1116
A1d nb foi/sem	2,245740	0,687584					
C29méthod laxati	1,061883	0,400549	-0,143269	0,020526	-4,82951	0,000002	1115
A1d nb foi/sem	2,245740	0,687584					
C29méthod diurét	1,043049	0,316984	-0,036225	0,001312	-1,20933	0,226792	1115
A1d nb foi/sem	2,247069	0,686580					
C29méthod coupe	1,079351	0,434331	-0,026458	0,000700	-0,88062	0,378713	1109

2. Lien entre les méthodes de perte de poids et les femmes ayant des TCA

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A1e heure	2,970789	1,951568					
C28 fréqu régim	1,772807	1,126018	0,105769	0,011187	3,588159	0,000347	1140
A1e heure	2,988415	1,974298					
C28 fréqu jeûne	1,059233	0,283169	0,083101	0,006906	2,822945	0,004841	1148
A1e heure	2,994531	1,973314					
C28 fréqu vomiss	1,069444	0,387068	0,041447	0,001718	1,406736	0,159776	1152
A1e heure	2,993669	1,972674					
C28 laxatif	1,039896	0,260483	0,126347	0,015963	4,321112	0,000017	1153
A1e heure	2,994531	1,973314					
C28 diurétique	1,035590	0,282013	0,084655	0,007166	2,881130	0,004036	1152

A1e heure	2,993669	1,972674					
C28 coupe-faim	1,078057	0,427946	0,070508	0,004971	2,398037	0,016642	1153
A1e heure	2,985905	1,974280					
C29méthod régim	2,038359	1,320630	0,060923	0,003712	2,041763	0,041409	1121
A1e heure	2,972451	1,956073					
C29 méthode jeûn	1,126118	0,576484	0,109866	0,012070	3,692585	0,000233	1118
A1e heure	2,969767	1,953973					
C29méthod vomis	1,110018	0,544746	0,050648	0,002565	1,694161	0,090514	1118
A1e heure	2,972426	1,956949					
C29méthod laxati	1,060877	0,399216	0,135772	0,018434	4,576005	0,000005	1117
A1e heure	2,972426	1,956949					
C29méthod diurét	1,042972	0,316705	0,041672	0,001737	1,392718	0,163983	1117
A1e heure	2,974077	1,960418					
C29méthod coupe	1,079208	0,433953	0,076015	0,005778	2,538754	0,011261	1111

Annexe 33 : Dépendance à l'exercice physique (EDS-R)

1. Lien entre la dépendance à l'exercice et les TCA (EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT - VRAI	7,65319	9,41818					
scor EDS-R vrai	48,75400	16,02288	0,309667	0,095893	11,56491	0,000000	1263
SCORE EAT - VRAI	7,65319	9,41818					
sc tot sou éch 1 vrai	18,42818	7,70136	0,286724	0,082211	10,62796	0,000000	1263
SCORE EAT - VRAI	7,65319	9,41818					
scor tot sou ech 2 vrai	8,60649	3,85478	0,191736	0,036763	6,93738	0,000000	1263
SCORE EAT - VRAI	7,64951	9,41536					
sc tot sou ech 3 vrai	10,16891	3,91636	0,125811	0,015828	4,50518	0,000007	1264
SCORE EAT - VRAI	7,65281	9,42190					
sc tot sou ech 4 vrai	6,14937	3,21329	0,278830	0,077746	10,30624	0,000000	1262
SCORE EAT - VRAI	7,65319	9,41818					
sc tot sou ech 5 vrai	5,37530	2,89736	0,211728	0,044829	7,69298	0,000000	1263

Plus les filles sont dépendantes à l'exercice physique et plus elles ont des risques de développer des troubles alimentaires ($r(1263)=0.31$, $p<0.0001$). Les résultats sont significatifs pour les 5 sous-échelles de l'EDS-R : réduction des autres activités (sous-échelle 1), tolérance (sous-échelle 2), sevrage (sous-échelle 3), intention (sous-échelle 4) et continuité (sous-échelle 5)

2. Dépendance à l'exercice physique chez les filles ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
scor EDS-R vrai	47,44520	60,06359	-8,78727	1261	0,000000	1132	131
sc tot sou éch 1 vrai	17,85582	23,37405	-7,95326	1261	0,000000	1132	131
scor tot sou ech 2 vrai	8,41608	10,25191	-5,21375	1261	0,000000	1132	131
sc tot sou ech 3 vrai	10,04545	11,23664	-3,30886	1262	0,000963	1133	131
sc tot sou ech 4 vrai	5,90407	8,26718	-8,17369	1260	0,000000	1131	131
sc tot sou ech 5 vrai	5,19479	6,93511	-6,61801	1261	0,000000	1132	131

3. Lien entre dépendance à l'exercice physique et la fréquence et la durée d'utilisation des méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C28 fréqu régime	1,76456	1,12767					
scor EDS-R vrai	48,54808	15,93603	0,159141	0,025326	5,662513	0,000000	1236
C28 fréqu régime	1,76456	1,12767					
sc tot sou éch 1 vrai	18,35177	7,64988	0,128150	0,016422	4,539117	0,000006	1236
C28 fréqu régime	1,76456	1,12767					
scor tot sou ech 2 vrai	8,55744	3,83737	0,122603	0,015031	4,339562	0,000015	1236
C28 fréqu régime	1,76475	1,12724					

sc tot sou éch 3 vrai	10,14592	3,91500	0,039317	0,001546	1,382784	0,166981	1237
C28 fréqu régim	1,76437	1,12811					
sc tot sou éch 4 vrai	6,12227	3,21596	0,159391	0,025406	5,669359	0,000000	1235
C28 fréqu régim	1,76456	1,12767					
sc tot sou éch 5 vrai	5,34547	2,87098	0,143442	0,020576	5,091541	0,000000	1236
C28 fréqu jeûne	1,06527	0,30548					
scor EDS-R vrai	48,60103	15,95555	0,132220	0,017482	4,695279	0,000003	1241
C28 fréqu jeûne	1,06527	0,30548					
sc tot sou éch 1 vrai	18,36330	7,65015	0,108127	0,011691	3,828448	0,000135	1241
C28 fréqu jeûne	1,06527	0,30548					
scor tot sou éch 2 vrai	8,58501	3,85318	0,128542	0,016523	4,562441	0,000006	1241
C28 fréqu jeûne	1,06522	0,30536					
sc tot sou éch 3 vrai	10,15499	3,92588	0,050040	0,002504	1,764302	0,077927	1242
C28 fréqu jeûne	1,06527	0,30548					
sc tot sou éch 4 vrai	6,14061	3,22011	0,112818	0,012728	3,996642	0,000068	1241
C28 fréqu jeûne	1,06527	0,30548					
sc tot sou éch 5 vrai	5,33683	2,85640	0,079222	0,006276	2,797364	0,005232	1241
C28 fréqu vomiss	1,07933	0,42491					
scor EDS-R vrai	48,68313	15,98955	0,141982	0,020159	5,063090	0,000000	1248
C28 fréqu vomiss	1,07933	0,42491					
sc tot sou éch 1 vrai	18,39486	7,66350	0,138257	0,019115	4,927603	0,000001	1248
C28 fréqu vomiss	1,07933	0,42491					
scor tot sou éch 2 vrai	8,60096	3,85340	0,080569	0,006491	2,853266	0,004399	1248
C28 fréqu vomiss	1,07926	0,42475					
sc tot sou éch 3 vrai	10,16453	3,91925	0,078319	0,006134	2,774202	0,005616	1249
C28 fréqu vomiss	1,07939	0,42508					
sc tot sou éch 4 vrai	6,14475	3,21914	0,101272	0,010256	3,591821	0,000341	1247
C28 fréqu vomiss	1,07933	0,42491					
sc tot sou éch 5 vrai	5,35256	2,88303	0,095637	0,009146	3,391395	0,000717	1248
C28 laxatif	1,04484	0,29073					
scor EDS-R vrai	48,68018	15,98348	0,177675	0,031569	6,375673	0,000000	1249
C28 laxatif	1,04484	0,29073					
sc tot sou éch 1 vrai	18,39215	7,66103	0,186365	0,034732	6,698442	0,000000	1249
C28 laxatif	1,04484	0,29073					
scor tot sou éch 2 vrai	8,60048	3,85189	0,096145	0,009244	3,410964	0,000668	1249
C28 laxatif	1,04480	0,29062					
sc tot sou éch 3 vrai	10,16360	3,91782	0,057547	0,003312	2,036343	0,041927	1250
C28 laxatif	1,04487	0,29085					
sc tot sou éch 4 vrai	6,14383	3,21801	0,148180	0,021957	5,288941	0,000000	1248
C28 laxatif	1,04484	0,29073					
sc tot sou éch 5 vrai	5,35468	2,88285	0,121546	0,014774	4,324212	0,000017	1249
C28 diurétique	1,03285	0,27111					
scor EDS-R vrai	48,68794	15,98754	0,091149	0,008308	3,230909	0,001266	1248
C28 diurétique	1,03285	0,27111					
sc tot sou éch 1	18,39727	7,66197	0,065762	0,004325	2,326350	0,020160	1248

vrai							
C28 diurétique	1,03285	0,27111					
scor tot sou ech 2 vrai	8,59776	3,85223	0,108646	0,011804	3,857895	0,000120	1248
C28 diurétique	1,03283	0,27100					
sc tot sou ech 3 vrai	10,16453	3,91925	0,013017	0,000169	0,459704	0,645809	1249
C28 diurétique	1,03288	0,27121					
sc tot sou ech 4 vrai	6,14635	3,21807	0,098391	0,009681	3,488622	0,000502	1247
C28 diurétique	1,03285	0,27111					
sc tot sou ech 5 vrai	5,35657	2,88323	0,059894	0,003587	2,117981	0,034374	1248
C28 coupe-faim	1,07532	0,41708					
scor EDS-R vrai	48,70076	15,97333	0,089960	0,008093	3,188409	0,001466	1248
C28 coupe-faim	1,07532	0,41708					
sc tot sou éch 1 vrai	18,39967	7,65948	0,088344	0,007805	3,130656	0,001785	1248
C28 coupe-faim	1,07532	0,41708					
scor tot sou ech 2 vrai	8,60497	3,85017	0,033525	0,001124	1,184069	0,236612	1248
C28 coupe-faim	1,07526	0,41692					
sc tot sou ech 3 vrai	10,16773	3,91666	0,031520	0,000993	1,113598	0,265666	1249
C28 coupe-faim	1,07538	0,41724					
sc tot sou ech 4 vrai	6,14635	3,21807	0,096678	0,009347	3,427290	0,000630	1247
C28 coupe-faim	1,07532	0,41708					
sc tot sou ech 5 vrai	5,35657	2,88323	0,069009	0,004762	2,441743	0,014755	1248
C29méthod régime	2,02815	1,31936					
scor EDS-R vrai	48,61215	15,94102	0,113739	0,012937	3,975665	0,000074	1208
C29méthod régime	2,02815	1,31936					
sc tot sou éch 1 vrai	18,37251	7,65371	0,086883	0,007549	3,028679	0,002508	1208
C29méthod régime	2,02815	1,31936					
scor tot sou ech 2 vrai	8,57699	3,83783	0,102327	0,010471	3,572301	0,000368	1208
C29méthod régime	2,02978	1,32003					
sc tot sou ech 3 vrai	10,14516	3,92123	0,049862	0,002486	1,734442	0,083095	1209
C29méthod régime	2,02817	1,31991					
sc tot sou ech 4 vrai	6,13339	3,21494	0,092517	0,008559	3,225402	0,001292	1207
C29méthod régime	2,02815	1,31936					
sc tot sou ech 5 vrai	5,35720	2,88966	0,094608	0,008951	3,300287	0,000994	1208
C29 méthode jeûn	1,13311	0,58904					
scor EDS-R vrai	48,55647	15,86638	0,153739	0,023636	5,389749	0,000000	1202
C29 méthode jeûn	1,13311	0,58904					
sc tot sou éch 1 vrai	18,34791	7,61884	0,126185	0,015923	4,406407	0,000011	1202
C29 méthode jeûn	1,13311	0,58904					
scor tot sou ech 2 vrai	8,56406	3,83535	0,131485	0,017288	4,594657	0,000005	1202
C29 méthode jeûn	1,13300	0,58880					
sc tot sou ech 3 vrai	10,13591	3,92076	0,064779	0,004196	2,249676	0,024650	1203
C29 méthode jeûn	1,13311	0,58904					
sc tot sou ech 4 vrai	6,13852	3,19537	0,140162	0,019645	4,903759	0,000001	1202
C29 méthode jeûn	1,13311	0,58904					
sc tot sou ech 5	5,34651	2,87303	0,092527	0,008561	3,219045	0,001321	1202

vrai							
C29méthod vomis	1,11887	0,56374					
scor EDS-R vrai	48,52442	15,84491	0,125099	0,015650	4,369672	0,000014	1203
C29méthod vomis	1,11887	0,56374					
sc tot sou éch 1 vrai	18,33848	7,61123	0,126049	0,015888	4,403402	0,000012	1203
C29méthod vomis	1,11887	0,56374					
scor tot sou éch 2 vrai	8,55611	3,82695	0,040674	0,001654	1,410744	0,158579	1203
C29méthod vomis	1,11877	0,56352					
sc tot sou éch 3 vrai	10,12998	3,92113	0,062980	0,003966	2,187855	0,028872	1204
C29méthod vomis	1,11887	0,56374					
sc tot sou éch 4 vrai	6,13342	3,19426	0,094674	0,008963	3,295789	0,001010	1203
C29méthod vomis	1,11887	0,56374					
sc tot sou éch 5 vrai	5,34289	2,87109	0,111522	0,012437	3,889100	0,000106	1203
C29méthod laxati	1,06567	0,41379					
scor EDS-R vrai	48,55933	15,85988	0,183411	0,033639	6,465862	0,000000	1203
C29méthod laxati	1,06567	0,41379					
sc tot sou éch 1 vrai	18,35427	7,61712	0,192159	0,036925	6,785813	0,000000	1203
C29méthod laxati	1,06567	0,41379					
scor tot sou éch 2 vrai	8,56027	3,83557	0,084256	0,007099	2,930365	0,003450	1203
C29méthod laxati	1,06561	0,41363					
sc tot sou éch 3 vrai	10,13331	3,92017	0,081752	0,006683	2,843851	0,004533	1204
C29méthod laxati	1,06567	0,41379					
sc tot sou éch 4 vrai	6,13840	3,19404	0,149225	0,022268	5,230008	0,000000	1203
C29méthod laxati	1,06567	0,41379					
sc tot sou éch 5 vrai	5,34954	2,87203	0,114377	0,013082	3,989968	0,000070	1203
C29méthod diurét	1,03990	0,30537					
scor EDS-R vrai	48,55933	15,85988	0,092011	0,008466	3,202275	0,001399	1203
C29méthod diurét	1,03990	0,30537					
sc tot sou éch 1 vrai	18,35427	7,61712	0,086290	0,007446	3,001611	0,002741	1203
C29méthod diurét	1,03990	0,30537					
scor tot sou éch 2 vrai	8,56027	3,83557	0,055480	0,003078	1,925645	0,054385	1203
C29méthod diurét	1,03987	0,30524					
sc tot sou éch 3 vrai	10,13331	3,92017	0,017785	0,000316	0,616694	0,537553	1204
C29méthod diurét	1,03990	0,30537					
sc tot sou éch 4 vrai	6,13840	3,19404	0,109484	0,011987	3,817173	0,000142	1203
C29méthod diurét	1,03990	0,30537					
sc tot sou éch 5 vrai	5,34954	2,87203	0,058075	0,003373	2,016033	0,044019	1203
C29méthod coupe	1,08117	0,43997					
scor EDS-R vrai	48,60925	15,86999	0,091986	0,008461	3,190695	0,001456	1195
C29méthod coupe	1,08117	0,43997					
sc tot sou éch 1 vrai	18,37715	7,62695	0,112543	0,012666	3,912073	0,000097	1195
C29méthod coupe	1,08117	0,43997					
scor tot sou éch 2 vrai	8,55397	3,82317	0,014571	0,000212	0,503333	0,614823	1195
C29méthod coupe	1,08110	0,43979					
sc tot sou éch 3 vrai	10,15426	3,91738	0,020904	0,000437	0,722474	0,470144	1196

C29méthod coupe sc tot sou ech 4 vrai	1,08117	0,43997					
C29méthod coupe sc tot sou ech 5 vrai	6,14854	3,19919	0,105969	0,011229	3,680864	0,000243	1195
C29méthod coupe sc tot sou ech 5 vrai	1,08117	0,43997					
	5,34937	2,87088	0,045825	0,002100	1,584460	0,113354	1195

Plus les filles sont dépendantes à l'exercice physique et plus elles utilisent des méthodes afin de perdre du poids : régimes ($r(1236)=0.16$, $p=0.000000$), jeûnes ($r(1241)=0.13$, $p=0.000003$), vomissements provoqués ($r(1248)=0.14$, $p=0.000000$), laxatifs ($r(1249)=0.18$, $p=0.000000$), diurétiques ($r(1248)=0.09$, $p=0.0013$), coupes faim ($r(1248)=0.09$, $p=0.0015$). Toutes les sous-échelles de l'EDS-R sont significativement corrélées à la fréquence d'utilisation des méthodes pour perdre du poids sauf pour les régimes et les jeûnes, les diurétiques, la sous-échelle 3 (sevrage) (régimes : $p=0.17$, une tendance pour les jeûnes : $p=0.08$, diurétiques : $p=0.64$) et pour les coupes faim, les sous échelles 2 ($p=0.23$) et 3 ($p=0.27$). Parallèlement, en ce qui concerne la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids, plus les filles sont dépendantes à l'exercice physique et plus elles utilisent depuis longtemps les méthodes pour perdre du poids : régimes ($r(1208)=0.11$, $p=0.000074$), jeûne ($r(1202)=0.15$, $p=0.000000$), vomissements provoqués ($r(1203)=0.13$, $p=0.000014$), laxatifs ($r(1203)=0.18$, $p=0.000000$), diurétiques ($r(1203)=0.09$, $p=0.0014$) et coupe-faim ($r(1195)=0.09$, $p=0.0014$). Toutes les sous-échelles de l'EDS-R sont significativement corrélées à la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids sauf pour les régimes et les diurétiques, la sous-échelle 3 (sevrage) (une tendance pour les régimes : $p=0.08$), pour les vomissements provoqués, la sous-échelle 2 ($p=0.16$), et pour les coupes faim, les sous-échelles 2 ($p=0.61$) et 3 ($p=0.47$) et 5 ($p=0.11$)

Annexe 34 : Statistique descriptive : troubles menstruels en ce moment, dans le passé et aménorrhée

Table de fréquences : E20btr men passé (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	532	532	41,88976	41,8898
2	691	1223	54,40945	96,2992
VM	47	1270	3,70079	100,0000

Table de fréquences : E20a tr mens auj (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	210	210	16,53543	16,5354
2	1011	1221	79,60630	96,1417
VM	49	1270	3,85827	100,0000

Table de fréquences : E20c +de 3mois (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	274	274	21,57480	21,5748
2	873	1147	68,74016	90,3150
VM	123	1270	9,68504	100,0000

Table de fréquences : E19 contraceptif (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	833	833	65,59055	65,5906
2	430	1263	33,85827	99,4488
VM	7	1270	0,55118	100,0000

Annexe 35 : Lien entre aménorrhées et TCA (EAT-26)

Tests t ; Classmt : E20c +de 3mois (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
SCORE EAT	8,890511	7,174913	2,624491	1139	0,008794	274	867

Annexe 36 : Aménorrhées chez les filles ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	E20c +de 3mois	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	1	238	36	274
%age Colonne		23,33%	29,75%	
%age Ligne		86,86%	13,14%	
%age Total		20,86%	3,16%	24,01%
Effectif	2	782	85	867
%age Colonne		76,67%	70,25%	
%age Ligne		90,20%	9,80%	
%age Total		68,54%	7,45%	75,99%
Effectif	Ts Grpes	1020	121	1141
%age Total		89,40%	10,60%	

Stats : E20c +de 3mois(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	2,442306	dl=1	p=,11811
Chi² Max-Vr.	2,339422	dl=1	p=,12614

Annexe 37 : Aménorrhées des femmes ayant des TCA (hormis les femmes sous contraceptif hormonal)

Stats : EAT > 20 = 2(2) x E20c +de 3mois(2) (donnéesFinal_F_30ans) Condition d'exclusion : V162=1			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	,5655332	dl=1	p=,45204
Chi² Max-Vr.	,5529743	dl=1	p=,45711

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Condition d'exclusion : V162=1			
	E20c +de 3mois	E20c +de 3mois	Totaux
	1	2	Ligne
1	104	234	338
% Col.	86,67%	89,31%	
% Ligne	30,77%	69,23%	
% Total	27,23%	61,26%	88,48%
2	16	28	44
% Col.	13,33%	10,69%	
% Ligne	36,36%	63,64%	
% Total	4,19%	7,33%	11,52%
Total	120	262	382
% Total	31,41%	68,59%	100,00%

Annexe 38 : Lien entre l'aménorrhée et les méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : E20c +de 3mois (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
C28 fréqu régim	1,812261	1,737762	0,934778	1117	0,350105	261	858
C28 fréqu jeûne	1,098113	1,058343	1,801106	1120	0,071955	265	857
C28 fréqu vomiss	1,109023	1,069686	1,305194	1125	0,192094	266	861
C28 laxatif	1,082707	1,035963	2,213575	1126	0,027058	266	862
C28 diurétique	1,048872	1,030197	0,943424	1125	0,345667	266	861
C28 coupe-faim	1,127820	1,065041	2,061533	1125	0,039482	266	861
C29méthod régim	2,077821	2,006002	0,762965	1088	0,445650	257	833
C29 méthod jeûn	1,143969	1,128019	0,381064	1083	0,703231	257	828
C29méthod vomis	1,136187	1,107488	0,728463	1083	0,466487	257	828
C29méthod laxati	1,100386	1,056832	1,454453	1084	0,146110	259	827
C29méthod diurét	1,034749	1,039903	-0,245329	1084	0,806248	259	827
C29méthod coupe	1,124514	1,069259	1,739303	1078	0,082267	257	823

Annexe 39 : Statistique descriptive : densité osseuse, fracture de fatigue et ostéoporose

Table de fréquences : A4a fractur aujour (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Oui	25	25	1,96850	1,9685
Non	1208	1233	95,11811	97,0866
VM	37	1270	2,91339	100,0000

Table de fréquences : A4b fractur passé (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Oui	156	156	12,28346	12,2835
Non	1100	1256	86,61417	98,8976
VM	14	1270	1,10236	100,0000

Table de fréquences : A5 ostéoporose (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
oui	21	21	1,65354	1,6535
non	1238	1259	97,48031	99,1339
VM	11	1270	0,86614	100,0000

Annexe 40: Lien entre fracture de fatigue (actuelle ou dans le passé) et TCA (EAT-26)

Tests t ; Classmt : A4a fractur aujourd (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
SCORE EAT	14,08800	7,491872	3,464480	1225	0,000550	25	1202

Tests t ; Classmt : A4b fractur passé (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
SCORE EAT	10,69987	7,187470	4,378369	1249	0,000013	156	1095

Tests t ; Classmt : A5 ostéoporose (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
SCORE EAT	14,13762	7,454903	3,279501	1251	0,001069	21	1232

Annexe 41 : Fracture de fatigue en ce moment des femmes ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	EAT > 20 = 2	A4a fractur aujourd	A4a fractur aujourd	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	1	17	1083	1100
%age Colonne		68,00%	90,10%	
%age Ligne		1,55%	98,45%	
%age Total		1,39%	88,26%	89,65%
Effectif	2	8	119	127
%age Colonne		32,00%	9,90%	
%age Ligne		6,30%	93,70%	
%age Total		0,65%	9,70%	10,35%
Effectif	Ts Grpes	25	1202	1227
%age Total		2,04%	97,96%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x A4a fractur aujour(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	12,89053	dl=1	p=,00033
Chi² Max-Vr.	8,927769	dl=1	p=,00281

Annexe 42 : Fracture de fatigue dans le passé des femmes ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	EAT > 20 = 2	A4b fractur passé	A4b fractur passé	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	1	125	997	1122
%age Colonne		80,13%	91,05%	
%age Ligne		11,14%	88,86%	
%age Total		9,99%	79,70%	89,69%
Effectif	2	31	98	129
%age Colonne		19,87%	8,95%	
%age Ligne		24,03%	75,97%	
%age Total		2,48%	7,83%	10,31%
Effectif	Ts Grpes	156	1095	1251
%age Total		12,47%	87,53%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x A4b fractur passé(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	17,61245	dl=1	p=,00003
Chi² Max-Vr.	14,78320	dl=1	p=,00012

Annexe 43 : Ostéoporose des femmes ayant des TCA

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Effectifs en surbrillance > 10			
	A5 ostéoporose	A5 ostéoporose	Totaux
	1	2	Ligne
1	16	1110	1126
% Col.	76,19%	90,10%	
% Ligne	1,42%	98,58%	
% Total	1,28%	88,59%	89,86%
2	5	122	127
% Col.	23,81%	9,90%	
% Ligne	3,94%	96,06%	
% Total	0,40%	9,74%	10,14%
Total	21	1232	1253
% Total	1,68%	98,32%	100,00%

Stats : EAT > 20 = 2(2) x A5 ostéoporose(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	4,384310	dl=1	p=,03627
Chi² Max-Vr.	3,332163	dl=1	p=,06794

Annexe 44 : Fracture de fatigue (en ce moment) et méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : A4a fractur aujour (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
C28 fréqu régim	2,166667	1,754460	1,777053	1199	0,075813	24	1177
C28 fréqu jeûne	1,125000	1,064243	0,959113	1205	0,337694	24	1183
C28 fréqu vomiss	1,083333	1,078283	0,058038	1210	0,953728	24	1188
C28 laxatif	1,000000	1,046257	-0,763928	1211	0,445059	24	1189
C28 diurétique	1,041667	1,033670	0,140957	1210	0,887927	24	1188
C28 coupe-faim	1,291667	1,072391	2,524628	1210	0,011709	24	1188
C29méthod régim	2,250000	2,025261	0,826684	1170	0,408585	24	1148
C29 méthod jeûn	1,250000	1,129597	0,996649	1164	0,319142	24	1142
C29méthod vomis	1,166667	1,116360	0,435829	1165	0,663041	24	1143
C29méthod laxati	1,000000	1,068241	-0,789351	1165	0,430068	24	1143
C29méthod diurét	1,083333	1,040245	0,673817	1165	0,500561	24	1143
C29méthod coupe	1,208333	1,080176	1,394525	1157	0,163427	24	1135

3.1.4. Les motivations de pratique sportive

Annexe 45a : Analyse descriptive des motivations de pratique

Table de fréquences : 3 caté de motivation				
	Effectif	Effectifs - Cumulés	%age	%age - Cumulé
1	94	94	7.35524	7.3552
2	176	270	13.77152	21.1268
3	820	1090	64.16275	85.2895
4	2	1092	0.15649	85.446
VM	186	1278	14.55399	100

Annexe 45b : Catégories de la motivation et nombre d'heures d'entraînements par semaine

Statistiques Descriptives par Groupes			
Plus petit N de ttes les vars1082			
3 caté de motivation	A1e heure - Moyennes	A1e heure - N	A1e heure - Ec-Type
1. plaisir	3.771277	94	2.450219
2. apparence, perte de poids	3.33046	174	1.865799
3. santé	2.87032	812	1.89598
4. amotivation	4	2	1.414214
TsGrpes	3.024677	1082	1.963551

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
A1e heure	89.91541	3	29.9718	4077.916	1078	3.782853	7.923068	0.000031

TEST POST HOC, LSD

Test LSD ; Variable A1e heure				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=3.7713	{2} - M=3.3305	{3} - M=2.8703	{4} - M=4.0000
{1}		0.07691	0.000023	0.869315
{2}	0.07691		0.004712	0.628441
{3}	0.000023	0.004712		0.412169
{4}	0.869315	0.628441	0.412169	

Annexe 46 : Catégories de la motivation et nombre de séquence d'entraînement par semaine

Statistiques Descriptives par Groupes			
Plus petit N de ttes les vars1085			
	A1d nb foi/sem - Moyennes	A1d nb foi/sem - N	A1d nb foi/sem - Ec-Type
1 ; plaisir	2.010638	94	0.679891

2 ; apparence, perte de poids	2.114286	175	0.64199
3 ; santé	2.287469	814	0.686123
4 ; amotivation	2	2	0
	2.235023	1085	0.683941

Analyse de la Variance Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
A1d nb foi/sem	9.63329	3	3.211097	497.4358	1081	0.460163	6.978178	0.000119

TEST POST HOC, LSD

Test LSD ; Variable A1d nb foi/sem Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=2.0106	{2} - M=2.1143	{3} - M=2.2875	{4} - M=2.0000
{1}		0.232412	0.000189	0.982495
{2}	0.232412		0.002238	0.812771
{3}	0.000189	0.002238		0.549582
{4}	0.982495	0.812771	0.549582	

Annexe 47 : Catégories de la motivation et dépendance à l'exercice (EDS-R)

Test LSD ; Variable scor EDS-R vrai Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=52.294	{2} - M=49.415	{3} - M=48.221	{4} - M=39.500
1 ; plaisir		0.150436	0.01709	0.253158
2 ; apparence, perte de poids	0.150436		0.358886	0.373452
3 ; santé	0.01709	0.358886		0.431663
4, amotivation	0.253158	0.373452	0.431663	

Annexe 48 : Importance de la perte de poids et TCA (EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (données Final_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < .05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
A1g perte poids	2,969099	1,213784					
SCORE EAT	7,408266	8,716825	0,451002	0,203402	17,23250	0,00	1165

Annexe 49 : Répartition des filles avec et sans TCA dans les catégories de la motivation

Stats : 3 caté de motivation (4) x EAT > 20 = 2(2)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	55.3147	dl=3	p=.00000
Chi² Max-Vr.	44.19151	dl=3	p=.00000

Annexe 50 : Importance de la perte de poids chez les filles (ayant ou pas des TCA) et TCA (EAT-26)

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
A1g perte poids	2,848859	4,088496	-10,8186	1163	0,000000	1052	113

Annexe 51 : Catégories de la motivation et TCA (score à l'EAT)

Test LSD ; Variable SCORE EAT - VRAI Différences significatives marquées à p < .05000				
	{1} M=6.1751	- {2} M=13.268	- {3} M=6.3156	- {4} M=8.5000
1 ; plaisir		0.000000	0.877785	0.698037
2 ; apparence, perte de poids	0.000000		0.000000	0.424049
3 ; santé	0.877785	0.000000		0.712918
4, amotivation	0.698037	0.424049	0.712918	

Annexe 52 : Lien entre l'importance de la perte de poids et la fréquence d'utilisation et la durée d'utilisation des méthodes compensatoires

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à p < ,05000						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r²	t	p	N
A1g perte poids	2,967572	1,217490					
C28 fréqu régim	1,778265	1,126593	0,453298	0,205479	17,16300	0,000000	1141
A1g perte poids	2,966028	1,215877					
C28 fréqu jeûne	1,058362	0,281808	0,145736	0,021239	4,98680	0,000001	1148
A1g perte poids	2,969644	1,215474					
C28 fréqu vomiss	1,070252	0,387869	0,148146	0,021947	5,08214	0,000000	1153
A1g perte poids	2,969671	1,214947					
C28 laxatif	1,039861	0,260373	0,129943	0,016885	4,44812	0,000010	1154
A1g perte poids	2,971379	1,214087					
C28 diurétique	1,035559	0,281893	0,137404	0,018880	4,70627	0,000003	1153
A1g perte poids	2,969671	1,214947					

C28 coupe-faim	1,077123	0,426909	0,118221	0,013976	4,04088	0,000057	1154
A1g perte poids	2,978610	1,217435					
C29méthod régim	2,046346	1,322822	0,403316	0,162664	14,75044	0,000000	1122
A1g perte poids	2,975871	1,219383					
C29 méthod jeûn	1,120643	0,563271	0,124051	0,015389	4,17824	0,000032	1119
A1g perte poids	2,974978	1,218264					
C29méthod vomis	1,110813	0,545152	0,115962	0,013447	3,90196	0,000101	1119
A1g perte poids	2,976744	1,219579					
C29méthod laxati	1,059034	0,390239	0,102584	0,010524	3,44517	0,000592	1118
A1g perte poids	2,976744	1,219579					
C29méthod diurét	1,042934	0,316566	0,118531	0,014050	3,98783	0,000071	1118
A1g perte poids	2,973022	1,221319					
C29méthod coupe	1,076439	0,424818	0,078575	0,006174	2,62599	0,008759	1112

Annexe 53 : Catégories de la motivation et test post hoc de la fréquence d'utilisation des méthodes compensatoires

Utilisation régime

Statistiques Descriptives par Groupes Plus petit N de ttes les vars1064			
3 caté de motivation	C28 fréqu régim - Moyennes	C28 fréqu régim - N	C28 fréqu régim - Ec-Type
1 ; plaisir	1.428571	91	0.804748
2 ; apparence, perte de poids	2.406977	172	1.366927
3 ; santé	1.692115	799	1.072708
4, amotivation	1.5	2	0.707107
TsGrpes	1.784774	1064	1.140098

Analyse de la Variance Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C28 fréqu régim	85.15568	3	28.38523	1296.558	1060	1.223168	23.20633	0

Test LSD ; Variable C28 fréqu régim Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.4286	{2} M=2.4070	{3} M=1.6921	{4} M=1.5000
1 ; plaisir		0.000000	0.031479	0.928027
2 ; apparence, perte de poids			0.000000	0.249139
3 ; santé	0.031479	0.000000		0.806231
4, amotivation	0.928027	0.249139	0.806231	

Les motivation de pratique diffèrent significativement selon l'utilisation des méthodes de régime ($F(3,1060)=23.2$, $p<0.001$). les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de régimes que les autres ($p<0.001$).

Utilisation du Jeûne

Statistiques Descriptives par Groupes Plus petit N de ttes les vars1070			
3 caté de motivation	C28 fréqu jeûne - Moyennes	C28 fréqu jeûne - N	C28 fréqu jeûne - Ec-Type
1 ; plaisir	1.01087	92	0.104257
2 ; apparence, perte de poids	1.093567	171	0.423591
3 ; santé	1.058385	805	0.264518
4, amotivation	1	2	0
TsGrpes	1.059813	1070	0.287195

Analyse de la Variance Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C28 fréqu jeûne	0.424008	3	0.141336	87.74796	1066	0.082315	1.717009	0.161757

Test LSD ; Variable C28 fréqu jeûne Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=1.0109	{2} - M=1.0936	{3} - M=1.0584	{4} - M=1.0000
1 ; plaisir		0.026002	0.132661	0.957738
2 ; apparence, perte de poids	0.026002		0.145602	0.64666
3 ; santé	0.132661	0.145602		0.773836
4, amotivation	0.957738	0.64666	0.773836	

Les motivations de pratique ne diffèrent pas selon l'utilisation des méthodes de jeûne ($F(3,1066)=1.71$, $p=0.16$). Les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de jeûne que celles qui s'entraînent pour le plaisir ($p=0.02$).

Vomisements provoqués

Statistiques Descriptives par Groupes Plus petit N de ttes les vars1075			
3 caté de motivation	C28 fréqu vomiss - Moyennes	C28 fréqu vomiss - N	C28 fréqu vomiss - Ec-Type
1 ; plaisir	1.076087	92	0.305038
2 ; apparence, perte de poids	1.195402	174	0.66869
3 ; santé	1.045849	807	0.317605
4, amotivation	1.000000	2	0.000000
TsGrpes	1.072558	1075	0.398251

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C28 fréqu vomiss	3.213158	3	1.071053	167.1273	1071	0.156048	6.863615	0.00014

Test LSD ; Variable C28 fréqu vomiss				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0761	- {2} M=1.1954	- {3} M=1.0458	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.019305	0.486813	0.787612
2 ; apparence, perte de poids	0.019305		0.000007	0.486856
3 ; santé	0.486813	0.000007		0.869812
4, amotivation	0.787612	0.486856	0.869812	

Les motivations de pratique diffèrent significativement selon l'utilisation des vomissements provoqués ($F(3,1071)=6.83$, $p<0.001$). Les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de vomissements provoqués que les autres (plaisir ; $p=0.01$, santé ; $p<0.001$).

Laxatifs

Statistiques Descriptives par Groupes			
Plus petit N de ttes les vars1076			
3 caté de motivation	C28 laxatif - Moyennes	C28 laxatif - N	C28 laxatif - Ec-Type
1 ; plaisir	1.021739	92	0.14663
2 ; apparence, perte de poids	1.103448	174	0.469522
3 ; santé	1.032178	808	0.214596
4, amotivation	1	2	0.000000
TsGrpes	1.042751	1076	0.269424

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C28 laxatif	0.775638	3	0.258546	77.25782	1072	0.072069	3.587486	0.013379

Test LSD ; Variable C28 laxatif				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0217	- {2} M=1.1034	- {3} M=1.0322	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.018396	0.723858	0.909817
2 ; apparence, perte de poids	0.018396		0.001533	0.588031
3 ; santé	0.723858	0.001533		0.86559
4, amotivation	0.909817	0.588031	0.86559	

Les motivations de pratique diffèrent significativement selon l'utilisation des méthodes laxatifs ($F(3,1072)=3.58$, $p=0.01$). Les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de laxatifs que les autres (plaisir ; $p=0.01$, santé, $p=0.001$).

Diurétique

Statistiques Descriptives par Groupes			
Plus petit N de ttes les vars1075			
3 caté de motivation	C28 diurétique - Moyennes	C28 diurétique - N	C28 diurétique - Ec-Type
1 ; plaisir	1.000000	92	0.000000
2 ; apparence, perte de poids	1.086207	174	0.502634
3 ; santé	1.027261	807	0.226639
4, amotivation	1.000000	2	0.000000
TsGrpes	1.034419	1075	0.282524

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl Effet -	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C28 diurétique	0.619367	3	0.206456	85.10714	1071	0.079465	2.598068	0.051021

Test LSD ; Variable C28 diurétique				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0000 -	{2} M=1.0862 -	{3} M=1.0273 -	{4} M=1.0000 -
1 ; plaisir		0.017851	0.379683	1
2 ; apparence, perte de poids	0.017851		0.012507	0.667269
3 ; santé	0.379683	0.012507		0.891376
4, amotivation	1	0.667269	0.891376	

Les motivations de pratique diffèrent selon l'utilisation des méthodes de diurétique. L'anova montre une tendance significative ($F(3,1071)=2.59$, $p=0.051$). Les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de diurétique que les autres ($p=0.01$).

Coupe-faim

Statistiques Descriptives par Groupes			
Plus petit N de ttes les vars1076			
3 caté de motivation	C28 coupe-faim - Moyennes	C28 coupe-faim - N	C28 coupe-faim - Ec-Type
1 ; plaisir	1.065217	92	0.386712
2 ; apparence, perte de poids	1.189655	174	0.708093
3 ; santé	1.05198	808	0.329877
4, amotivation	1	2	0
TsGrpes	1.075279	1076	0.421407

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC Effet	dl Effet	MC Effet	SC Erreur	dl Erreur	MC Erreur	F	p
C28 coupe-faim	2.73551	3	0.911837	188.1669	1072	0.175529	5.194797	0.00145

Test LSD ; Variable C28 coupe-faim				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0652	{2} M=1.1897	{3} M=1.0520	{4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.021406	0.774057	0.827636
2 ; apparence, perte de poids	0.021406		0.00009	0.524562
3 ; santé	0.774057	0.00009		0.860921
4, amotivation	0.827636	0.524562	0.860921	

Les motivations de pratique diffèrent significativement selon l'utilisation des méthodes de coupe-faims ($F(3,1072)=5.19$, $p<0.001$). Les filles qui pratiquent pour améliorer leur apparence physique et perdre du poids utilisent significativement plus de régimes que les autres (plaisir ; $p=0.02$, santé ; $p<0.001$).

Annexe 54 : Catégories de la motivation et test post hoc de la durée d'utilisation des méthodes compensatoires

Statistiques Descriptives par Groupes																		
Plus petit N de ttes les vars1039																		
caté	régim - Moy	régim - N	régim - ET	jeûn - Moy	jeûn - N	jeûn - ET	vomi - Moy	vomi - N	vomi - ET	laxati - Moy	laxati - N	laxati - ET	diurét - Moy	diurét - N	diurét - ET	coupe - Moy	coupe - N	coupe - ET
1	1.71	88	1.22	1.02	87	0.21	1.20	87	0.76	1.03	87	0.32	1.00	87	0.00	1.08	86	0.46
2	2.65	173	1.32	1.17	170	0.67	1.24	170	0.76	1.15	170	0.65	1.07	170	0.40	1.14	170	0.57
3	1.94	784	1.29	1.12	786	0.57	1.07	785	0.44	1.04	785	0.34	1.03	785	0.28	1.06	781	0.40
4	2.50	2	2.1	1.00	2	0.00	1.00	2	0.00	1.00	2	0.00	1.00	2	0.00	1.00	2	0.00
TsG rpes	2.042 980	1047	1.32	1.12	104 5	0.57	1.11	104 4	0.54	1.06	104 4	0.41	1.03	1044	0.29	1.08	103 9	0.44

Analyse de la Variance								
Effets significatifs marqués à $p < .05000$								
	SC - Effet	dl - Effet	MC - Effet	SC - Erreur	dl - Erreur	MC - Erreur	F	p
C29méthod régim	81.94681	3	27.3156	1745.119	1043	1.673173	16.32563	0
C29 méthod jeûn	1.38906	3	0.46302	343.937	1041	0.330391	1.40143	0.24088
C29méthod vomis	4.93965	3	1.64655	301.393	1040	0.289801	5.68167	0.000736
C29méthod laxati	1.80206	3	0.60069	175.769	1040	0.169008	3.55417	0.014012
C29méthod diurét	0.31322	3	0.10441	90.154	1040	0.086687	1.20441	0.306937
C29méthod coupe	0.88911	3	0.29637	203.157	1035	0.196287	1.50988	0.210343

Les motivations de pratique diffèrent significativement selon la durée d'utilisation des méthodes de régimes ($F(3,1043)=16.32$, $p<0.001$), de vomissements provoqués ($F(3,1040)=5.68$, $p<0.001$) et de laxatifs ($F(3,1040)=3.55$, $p=0.01$).

TEST POST HOC

Régime

Test LSD ; Variable C29méthod régim				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.7159	- {2} M=2.6532	- {3} M=1.9439	- {4} M=2.5000
1 ; plaisir		0.000000	0.117269	0.396812
2 ; apparence, perte de poids	0.000000		0.000000	0.867785
3 ; santé	0.117269	0.000000		0.543823
4, amotivation	0.396812	0.867785	0.543823	

Les filles qui s'entraînent pour modifier leur apparence corporelle utilisent depuis significativement plus longtemps les méthodes de régimes que les filles qui pratiquent pour la santé ($p<0.001$).

Jeûne

Test LSD ; Variable C29 méthode jeûne				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0230	- {2} M=1.1765	- {3} M=1.1272	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.043057	0.108797	0.955415
2 ; apparence, perte de poids	0.043057		0.311365	0.666084
3 ; santé	0.108797	0.311365		0.754627
4, amotivation	0.955415	0.666084	0.754627	

Les filles qui s'entraînent pour modifier leur apparence corporelle utilisent depuis significativement plus longtemps les méthodes de jeûnes que les filles qui pratiquent pour le plaisir ($p=0.04$).

Vomissements provoqués

Test LSD ; Variable C29méthod vomis				
Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.2069	- {2} M=1.2412	- {3} M=1.0713	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.62915	0.02606	0.591119
2 ; apparence, perte de poids	0.62915		0.000202	0.528909
3 ; santé	0.02606	0.000202		0.851566
4, amotivation	0.591119	0.528909	0.851566	

Les filles qui s'entraînent pour modifier leur apparence corporelle utilisent depuis significativement plus longtemps les méthodes de vomissements que les filles qui pratiquent pour la santé ($p<0.001$).

Laxatifs

Test LSD ; Variable C29méthod laxati Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0345	- {2} M=1.1588	- {3} M=1.0484	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.021964	0.76442	0.90666
2 ; apparence, perte de poids	0.021964		0.001543	0.587129
3 ; santé	0.76442	0.001543		0.867944
4, amotivation	0.90666	0.587129	0.867944	

Les filles qui s'entraînent pour modifier leur apparence corporelle utilisent depuis significativement plus longtemps les méthodes de laxatifs que les filles qui pratiquent pour le plaisir ($p=0.02$) et la santé ($p<0.001$).

Diurétiques

Test LSD ; Variable C29méthod diurét Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0000	- {2} M=1.0706	- {3} M=1.0357	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.069237	0.283909	1
2 ; apparence, perte de poids	0.069237		0.161213	0.736126
3 ; santé	0.283909	0.161213		0.864171
4, amotivation	1	0.736126	0.864171	

Aucune statistique significative.

Coupe-faim

Test LSD ; Variable C29méthod coupe Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.0814	- {2} M=1.1471	- {3} M=1.0679	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.262959	0.788087	0.797347
2 ; apparence, perte de poids	0.262959		0.034913	0.640826
3 ; santé	0.788087	0.034913		0.828765
4, amotivation	0.797347	0.640826	0.828765	

Les filles qui s'entraînent pour modifier leur apparence corporelle utilisent depuis significativement plus longtemps les coupe-faim que les filles qui pratiquent pour la santé ($p=0.03$).

Annexe 55 : Catégories de la motivation et différence entre le poids idéal et le poids réel

Test LSD ; Variable Poids idéal-actuel/taille(Sans formule) Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=-1.962	{2} - M=-3.550	{3} - M=-1.882	{4} - M=-1.880
{1}		0.000001	0.778071	0.973665
{2}	0.000001		0.000000	0.497718
{3}	0.778071	0.000000		0.999346
{4}	0.973665	0.497718	0.999346	

Annexe 56 : Catégories de la motivation et fréquence de pesées

Test LSD ; Variable E8 fréqu pesée Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=3.1596	{2} - M=2.7784	{3} - M=3.2248	{4} - M=3.5000
1 ; plaisir		0.001387	0.520059	0.608867
2 ; apparence, perte de poids	0.001387		0.000000	0.275851
3 ; santé	0.520059	0.000000		0.676312
4, amotivation	0.608867	0.275851	0.676312	

Annexe 57 : Catégories de motivation et insatisfaction corporelle (BSQ-8c)

Test LSD ; Variable SCORE BSQ Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=19.723	{2} - M=27.598	{3} - M=20.536	{4} - M=24.000
1 ; plaisir		0.000000	0.350665	0.454225
2 ; apparence, perte de poids	0.000000		0.000000	0.526883
3 ; santé	0.350665	0.000000		0.540654
4, amotivation	0.454225	0.526883	0.540654	

Annexe 58a : Influences sociales ressenties pour perdre du poids et importance de la perte de poids dans la pratique de sport de remise en forme

Corrélations Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	$r(X,Y)$	r^2	t	p	N
C30influ famille	1.672459	1.040701					
A1g perte poids	2.969592	1.215815	0.306191	0.093753	10.90256	0.000000	1151
C30influ entraîneu	1.513467	0.958051					
A1g perte poids	2.969592	1.215815	0.194076	0.037665	6.70608	0.000000	1151
C30influ ami sp	1.268462	0.690334					
A1g perte poids	2.969592	1.215815	0.202438	0.040981	7.0071	0.000000	1151
C30influ non sp	1.344917	0.72835					
A1g perte poids	2.969592	1.215815	0.276984	0.07672	9.77121	0.000000	1151
C30 influ média	2.212858	1.309115					
A1g perte poids	2.969592	1.215815	0.386503	0.149385	14.20516	0.000000	1151

Annexe 58b : Catégories de motivation et influences socioculturelles

La famille

Test LSD ; Variable C30influ famille Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.5000	- {2} M=2.1322	- {3} M=1.5684	- {4} M=2.0000
1 ; plaisir		0.000001	0.537217	0.487766
2 ; apparence, perte de poids	0.000001		0.000000	0.853714
3 ; santé	0.537217	0.000000		0.545415
4, amotivation	0.487766	0.853714	0.545415	

Les entraîneurs/coachs

Test LSD ; Variable C30influ entraîneu Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.3587	- {2} M=1.6879	- {3} M=1.5050	- {4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.008098	0.167167	0.60185
2 ; apparence, perte de poids	0.008098		0.023367	0.314714
3 ; santé	0.167167	0.023367		0.458419
4, amotivation	0.60185	0.314714	0.458419	

Les amis du milieu sportif

Test LSD ; Variable C30influ ami sp Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.1413	{2} M=1.4913	{3} M=1.2296	{4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.000061	0.233987	0.769392
2 ; apparence, perte de poids	0.000061		0.000004	0.30571
3 ; santé	0.233987	0.000004		0.630543
4, amotivation	0.769392	0.30571	0.630543	

Les amis hors du milieu sportif

Test LSD ; Variable C30influ non sp Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} M=1.3261	{2} M=1.6149	{3} M=1.2794	{4} M=1.0000
1 ; plaisir		0.001476	0.545872	0.516497
2 ; apparence, perte de poids	0.001476		0.000000	0.218958
3 ; santé	0.545872	0.000000		0.57472
4, amotivation	0.516497	0.218958	0.57472	

Les médias

Test LSD ; Variable C30 influ média Différences significatives marquées à $p < .05000$				
	{1} - M=1.8587	{2} - M=2.8793	{3} - M=2.1011	{4} - M=2.0000
{1}		0.000000	0.081729	0.875807
{2}	0.000000		0.000000	0.32845
{3}	0.081729	0.000000		0.91011
{4}	0.875807	0.32845	0.91011	

3.2. Typologie des profils

3.2.1. Des influences sociales et familiales

Annexe 59 : Type d'influences subies/ressenties pour perdre du poids

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
C30influ famille	1253	1,669593	1,000000	5,000000	1,042703
C30influ entraîneu	1247	1,510024	1,000000	5,000000	0,963884
C30influ ami sp	1249	1,272218	1,000000	5,000000	0,705658
C30influ non sp	1251	1,348521	1,000000	5,000000	0,736502
C30 influ média	1252	2,218051	1,000000	5,000000	1,304690

Annexe 60 : Lien entre influences sociales pour perdre du poids perçues et TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT -	7,559599	9,279562					
C30influ famille	1,669071	1,042146	0,306561	0,093980	11,36860	0,000000	1248
SCORE EAT -	7,537987	9,275642					
C30influ entraîneu	1,512077	0,965279	0,194782	0,037940	6,99292	0,000000	1242
SCORE EAT -	7,548473	9,277300					
C30influ ami sp	1,272508	0,706606	0,273924	0,075034	10,03755	0,000000	1244
SCORE EAT -	7,567721	9,284600					
C30influ non sp	1,349117	0,737484	0,303317	0,092001	11,22701	0,000000	1246
SCORE EAT -	7,559142	9,283271					
C30 influ média	2,215718	1,304693	0,453934	0,206056	17,97554	0,000000	1247

Annexe 61a : Influences sociales subies des femmes ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	2			
C30influ famille	1,586976	2,393701	-8,5009	1246	0,000000
C30influ entraîneu	1,461952	1,960000	-5,5356	1240	0,000000
C30influ ami sp	1,217352	1,761905	-8,4287	1242	0,000000
C30influ non sp	1,287757	1,889764	-8,9931	1244	0,000000
C30 influ média	2,063393	3,559055	-13,0486	1245	0,000000

Annexe 61b : IMC et influences à perdre du poids

Corrélations Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C30influ famille	1.6645	1.040254					
BMI	21.33827	2.658628	0.450109	0.202598	17.64916	0.000000	1228
C30influ entraîneu	1.50651	0.961758					
BMI	21.33827	2.658628	0.154541	0.023883	5.47695	0.000000	1228
C30influ ami sp	1.27199	0.708061					
BMI	21.33827	2.658628	0.196309	0.038537	7.01002	0.000000	1228
C30influ non sp	1.35016	0.739738					
BMI	21.33827	2.658628	0.273335	0.074712	9.9495	0.000000	1228
C30 influ média	2.21906	1.308886					
BMI	21.33827	2.658628	0.248752	0.061878	8.99255	0.000000	1228

Annexe 62 : Lien entre les influences sociales subies et la fréquence des méthodes pour perdre du poids

Var. X et	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans)						
Var. Y	Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT	7,594163	9,331978					
C28 fréqu régime	1,764753	1,127238	0,527651	0,278416	21,82914	0,000000	1237
SCORE EAT	7,564163	9,318761					
C28 fréqu jeûne	1,065217	0,305361	0,264855	0,070148	9,67192	0,000000	1242
SCORE EAT	7,570360	9,299159					
C28 fréqu vomiss	1,079263	0,424748	0,439623	0,193268	17,28417	0,000000	1249
SCORE EAT	7,567504	9,295985					
C28 laxatif	1,044800	0,290621	0,230761	0,053251	8,37824	0,000000	1250
SCORE EAT	7,573563	9,297239					
C28 diurétique	1,032826	0,271000	0,182065	0,033148	6,53852	0,000000	1249
SCORE EAT	7,571898	9,298410					
C28 coupe-faim	1,075260	0,416916	0,148630	0,022091	5,30751	0,000000	1249

Annexe 63 : Lien entre les influences sociales subies et la durée d'utilisation des méthodes pour perdre du poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT	7,583044	9,231504					
C29méthod régim	2,029777	1,320034	0,394860	0,155915	14,93152	0,000000	1209
SCORE EAT	7,578695	9,247294					
C29méthod jeûn	1,133001	0,588803	0,292697	0,085671	10,60811	0,000000	1203
SCORE EAT	7,582367	9,251519					
C29méthod vomis	1,118771	0,563518	0,394527	0,155651	14,88566	0,000000	1204
SCORE EAT	7,605623	9,293954					
C29méthod laxati	1,065615	0,413625	0,228880	0,052386	8,15162	0,000000	1204
SCORE EAT	7,605623	9,293954					
C29méthod diurét	1,039867	0,305242	0,191025	0,036491	6,74708	0,000000	1204
SCORE EAT	7,620477	9,295393					
C29méthod coupe	1,081104	0,439792	0,173285	0,030028	6,07973	0,000000	1196

Annexe 64 : Situation familiale

a. Statistique descriptive

Table de fréquences : E14 sit parent (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	914	914	71,96850	71,9685
2	302	1216	23,77953	95,7480
3	29	1245	2,28346	98,0315
4	12	1257	0,94488	98,9764
6	7	1264	0,55118	99,5276
VM	6	1270	0,47244	100,0000

b. Comparaison parents divorcés – non divorcés

Table de fréquences : Contexte Familial (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1	914	914	71,96850	71,9685
2	350	1264	27,55906	99,5276
VM	6	1270	0,47244	100,0000

Annexe 65 : Contexte familial et TCA (EAT-26)

Tests t ; Classmt : ContexteFamilial (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
SCORE EAT	7,384040	8,418213	-1,73971	1256	0,082155	911	347

Annexe 66 : Contexte familial des femmes ayant des TCA

Stats : EAT > 20 = 2(2) x ContexteFamilial(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	4,151940	dl=1	p=,04159
Chi² Max-Vr.	3,976046	dl=1	p=,04615

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	EAT > 20 = 2	ContexteFamilial	ContexteFamilial	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	1	826	301	1127
%age Colonne		90,67%	86,74%	
%age Ligne		73,29%	26,71%	
%age Total		65,66%	23,93%	89,59%
Effectif	2	85	46	131
%age Colonne		9,33%	13,26%	
%age Ligne		64,89%	35,11%	
%age Total		6,76%	3,66%	10,41%
Effectif	Ts Grpes	911	347	1258
%age Total		72,42%	27,58%	

Annexe 67 : Contexte familial et méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : ContexteFamilial (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
C28 fréqu régim	1,751964	1,797059	-0,62847	1229	0,529816	891	340
C28 fréqu jeûne	1,054810	1,093567	-1,99403	1234	0,046368	894	342
C28 fréqu vomiss	1,063333	1,122449	-2,19158	1241	0,028595	900	343
C28 laxatif	1,042175	1,052478	-0,55730	1242	0,577426	901	343
C28 diurétique	1,027778	1,046647	-1,09478	1241	0,273825	900	343
C28 coupe-faim	1,080000	1,064140	0,59795	1241	0,549982	900	343
C29méthod régim	2,020642	2,057229	-0,42947	1202	0,667657	872	332
C29 méthod jeûn	1,107514	1,201201	-2,46759	1196	0,013742	865	333
C29méthod vomis	1,108420	1,147590	-1,07494	1197	0,282618	867	332
C29méthod laxati	1,064665	1,069069	-0,16472	1197	0,869192	866	333
C29méthod diurét	1,032333	1,060060	-1,40646	1197	0,159848	866	333
C29méthod coupe	1,082462	1,078788	0,12873	1189	0,897593	861	330

Annexe 68 : Niveau de formation des parents

Table de fréquences : E15niv form père (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	19	19	1,49606	1,4961
1	10	29	0,78740	2,2835
2	299	328	23,54331	25,8268
3	261	589	20,55118	46,3780
4	108	697	8,50394	54,8819
5	520	1217	40,94488	95,8268
VM	53	1270	4,17323	100,0000

Table de fréquences : E15niv form mère (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	12	12	0,94488	0,9449
1	19	31	1,49606	2,4409
2	367	398	28,89764	31,3386
3	286	684	22,51969	53,8583
4	153	837	12,04724	65,9055
5	409	1246	32,20472	98,1102
VM	24	1270	1,88976	100,0000

Annexe 69 : Niveau de formation des parents et TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans)						
	Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
E15niv form mère	3,420161	1,303158					
SCORE EAT	7,659298	9,449672	0,036503	0,001332	1,285220	0,198956	1240
E15niv form père	3,632013	1,348418					
SCORE EAT	7,630685	9,425397	0,034097	0,001163	1,186771	0,235551	1212

Annexe 70 : Niveau de formation des parents et méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (données Final_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
E15niv form mère	3,421399	1,302084					
C28 fréqu régim	1,758848	1,124954	0,036255	0,001314	1,263517	0,206646	1215
E15niv form mère	3,422131	1,303621					
C28 fréqu jeûne	1,065574	0,306819	0,039439	0,001555	1,377503	0,168610	1220
E15niv form mère	3,422041	1,303842					
C28 fréqu vomiss	1,078367	0,424415	0,059771	0,003573	2,094004	0,036465	1225
E15niv form mère	3,421697	1,303365					
C28 laxatif	1,041599	0,284108	0,018724	0,000351	0,655190	0,512469	1226
E15niv form mère	3,421224	1,303793					
C28 diurétique	1,032653	0,272206	0,046388	0,002152	1,624014	0,104631	1225
E15niv form mère	3,421224	1,303793					
C28 coupe-faim	1,074286	0,416412	0,032607	0,001063	1,140937	0,254120	1225
E15niv form mère	3,424115	1,300980					
C29méthod régim	2,031197	1,323544	0,037397	0,001399	1,287719	0,198095	1186
E15niv form mère	3,429297	1,303628					
C29 méthod jeûn	1,132938	0,588109	0,006190	0,000038	0,212562	0,831705	1181
E15niv form mère	3,429780	1,303182					
C29méthod vomis	1,118443	0,562306	0,069135	0,004780	2,380557	0,017444	1182
E15niv form mère	3,427242	1,303042					
C29méthod laxati	1,062606	0,406725	0,021384	0,000457	0,734717	0,462658	1182
E15niv form mère	3,427242	1,303042					
C29méthod diurét	1,040609	0,308023	0,030574	0,000935	1,050735	0,293596	1182
E15niv form mère	3,431857	1,299239					
C29méthod coupe	1,080068	0,435502	0,054852	0,003009	1,880647	0,060268	1174
E15niv form père	3,625736	1,349165					
C28 fréqu régim	1,761144	1,127467	0,018100	0,000328	0,623704	0,532942	1189
E15niv form père	3,626466	1,349118					
C28 fréqu jeûne	1,066164	0,308816	0,031203	0,000974	1,077828	0,281329	1194
E15niv form père	3,625000	1,349404					
C28 fréqu vomiss	1,080000	0,428664	0,041814	0,001748	1,448531	0,147730	1200
E15niv form père	3,625000	1,349404					
C28 laxatif	1,041667	0,285771	0,008111	0,000066	0,280733	0,778963	1200
E15niv form père	3,624687	1,349924					
C28 diurétique	1,033361	0,275101	0,051726	0,002676	1,791983	0,073388	1199
E15niv form père	3,623853	1,349382					
C28 coupe-faim	1,075897	0,420761	0,019450	0,000378	0,673040	0,501052	1199
E15niv form père	3,626827	1,350095					
C29méthod régim	2,030954	1,323326	0,004544	0,000021	0,154842	0,876973	1163
E15niv form père	3,630716	1,347917					
C29 méthod jeûn	1,132873	0,587387	-0,012140	0,000147	-0,412961	0,679712	1159
E15niv form père	3,633621	1,345843					
C29méthod vomis	1,120690	0,567379	0,029709	0,000883	1,011433	0,312020	1160
E15niv form père	3,631034	1,347379					
C29méthod laxati	1,061207	0,401308	0,006696	0,000045	0,227880	0,819780	1160

E15niv form père	3,631034	1,347379					
C29méthod diurét	1,041379	0,310881	0,065318	0,004266	2,227494	0,026106	1160
E15niv form père	3,633681	1,344104					
C29méthod coupe	1,081597	0,439502	0,025641	0,000657	0,869802	0,384590	1152

Annexe 71 : Antécédents de TCA chez un membre de la famille

Statistiques Descriptives							
	N Actifs	% Obs. Valides	Moyenne	Somme	Minimum	Maximum	Ecart-type
E18a_aucun	1260	98.59155	0.778571	981	0	1	0.415373
E18a_mère	1260	98.59155	0.087302	110	0	1	0.282389
E18a_père	1260	98.59155	0.016667	21	0	1	0.12807
E18a_frères	1260	98.59155	0.080159	101	0	1	0.271647
E18a_autre	1260	98.59155	0.049206	62	0	1	0.216384

Annexe 72 : Antécédents de TCA chez un membre de la famille et TCA (score à l'EAT-26)

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	2			
E18b_aucun	0,683230	0,507813	4,00787	1253	0,000065
E18b_mère	0,141970	0,250000	-3,22826	1253	0,001278
E18b_père	0,086957	0,171875	-3,10542	1253	0,001943
E18b_frères	0,098492	0,187500	-3,08919	1253	0,002051
E18b_autre	0,044366	0,070312	-1,31412	1253	0,189045

Annexe 73 : Antécédents de TCA chez les femmes ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	E18a_aucun	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	0 - antécédents	227	51	278
%age Colonne		20,18%	39,53%	
%age Ligne		81,65%	18,35%	
%age Total		18,10%	4,07%	22,17%
Effectif	1- aucun	898	78	976
%age Colonne		79,82%	60,47%	
%age Ligne		92,01%	7,99%	
%age Total		71,61%	6,22%	77,83%
Effectif	Ts Grpes	1125	129	1254
%age Total		89,71%	10,29%	

Stats : E18a_aucun(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	25,13194	dl=1	p=,00000
Chi² Max-Vr.	22,26348	dl=1	p=,00000

Annexe 74 : Précision des membres de la famille ayant eu des TCA chez les femmes ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	E18a_mère	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
		1	2	Ligne
Effectif	0	1046	98	1144
%age Colonne		92,98%	75,97%	
%age Ligne		91,43%	8,57%	
%age Total		83,41%	7,81%	91,23%
Effectif	1	79	31	110
%age Colonne		7,02%	24,03%	
%age Ligne		71,82%	28,18%	
%age Total		6,30%	2,47%	8,77%
Effectif	Ts Grpes	1125	129	1254
%age Total		89,71%	10,29%	

Stats : E18a_mère(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	41,83769	dl=1	p=,00000
Chi² Max-Vr.	31,19972	dl=1	p=,00000

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Effectifs en surbrillance > 10			
	EAT > 20 = 2	EAT > 20 = 2	Totaux
	1	2	Ligne
0	1044	110	1154
% Col.	92,80%	85,27%	
% Ligne	90,47%	9,53%	
% Total	83,25%	8,77%	92,03%
1	81	19	100
% Col.	7,20%	14,73%	
% Ligne	81,00%	19,00%	
% Total	6,46%	1,52%	7,97%
Total	1125	129	1254
% Total	89,71%	10,29%	100,00%

Stats : E18a_frères(2) x EAT > 20 = 2(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	8,938649	dl=1	p=,00279

Annexe 75a : Antécédents de TCA et méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : E18a_aucun (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	0			
C28 fréq régime	1,736126	1,849817	-1,47029	1226	0,141740
C28 fréq jeûne	1,050936	1,103321	-2,55272	1231	0,010808
C28 fréq vomiss	1,056936	1,145985	-3,17383	1238	0,001541
C28 laxatif	1,042443	1,050909	-0,42641	1239	0,669883
C28 diurétique	1,035233	1,021818	0,72516	1238	0,468490
C28 coupe-faim	1,080829	1,058182	0,79177	1238	0,428646
C29méthod régime	2,001073	2,100746	-1,09101	1198	0,275490
C29 méthode jeûn	1,094624	1,238636	-3,62132	1192	0,000305
C29méthod vomis	1,089343	1,214286	-3,22461	1193	0,001296
C29méthod laxati	1,058065	1,090566	-1,12682	1193	0,260045
C29méthod diurét	1,040860	1,026415	0,70510	1193	0,480886
C29méthod coupe	1,071429	1,117871	-1,50626	1185	0,132266

Annexe 75b : Antécédents de TCA chez un membre de la famille (mère, père, fratries, etc) et influences à perdre du poids

- Antécédents de TCA chez la mère et influences sociales ressenties à perdre du poids

Tests t ; Classmt : E18a_mère Groupe1: 0 Groupe2: 1										
	Moyenne - 0	Moyenne - 1	Valeur t	dl	p	N Actifs - 0	N Actifs - 1	Ecart- Type - 1	Ratio F - Variances	p - Variances
C30influ famille	1.651982	1.880734	2.18726	1242	0.028909	1135	109	1.176347	1.306015	0.047383
C30influ entraîneu	1.511957	1.513761	-0.0186	1236	0.985161	1129	109	1.110678	1.361434	0.021578
C30influ ami sp	1.261715	1.376147	1.61737	1238	0.106052	1131	109	0.960218	2.017068	0
C30influ non sp	1.329214	1.550459	3.00317	1240	0.002725	1133	109	0.91779	1.64912	0.000144
C30 influ média	2.166667	2.697248	4.08833	1241	0.000046	1134	109	1.456178	1.298987	0.05213

- Antécédents de TCA chez le père et influences sociales ressenties à perdre du poids

Tests t ; Classmt : E18a_père Groupe1: 0 Groupe2: 1										
	Moyenne - 0	Moyenne - 1	Valeur t	dl	p	N Actifs - 0	N Actifs - 1	Ecart- Type - 1	Ratio F - Variances	p - Variances
C30influ famille	1.659035	2.428571	3.36132	1242	0.000799	1223	21	1.502379	2.123646	0.005436
C30influ entraîneu	1.513558	1.428571	0.39942	1236	0.689652	1217	21	0.978337	1.024524	0.857826
C30influ ami sp	1.268253	1.47619	1.33882	1238	0.180876	1219	21	0.872872	1.543371	0.118353
C30influ non sp	1.340704	1.809524	2.89899	1240	0.00381	1221	21	1.030488	1.998442	0.011165
C30 influ média	2.206219	2.619048	1.44094	1241	0.149853	1222	21	1.532194	1.394162	0.229807

- Antécédents de TCA chez les frères ou sœurs et influences sociales ressenties à perdre du poids

Tests t ; Classmt : E18a_frères Groupe1: 0 Groupe2: 1										
	Moyenne - 0	Moyenne - 1	Valeur t	dl	p	N Actifs - 0	N Actifs - 1	Ecart- Type - 1	Ratio F - Variances	p - Variances
C30influ famille	1.651224	1.91	2.38022	1242	0.017453	1144	100	1.215182	1.40204	0.015027
C30influ entraîneu	1.486819	1.8	3.11793	1236	0.001863	1138	100	1.145919	1.469081	0.005446
C30influ ami sp	1.270175	1.29	0.26917	1238	0.787842	1140	100	0.742573	1.115985	0.427809
C30influ non sp	1.345884	1.38	0.44374	1240	0.657309	1142	100	0.762505	1.076281	0.587557
C30 influ média	2.208224	2.27	0.45472	1241	0.649387	1143	100	1.496494	1.357167	0.028408

- Antécédents de TCA chez des personnes de la famille éloignées (tante, cousins, ...) et influences sociales ressenties à perdre du poids

Tests t ; Classmt : E18a_autre Groupe1: 0 Groupe2: 1										
	Moyenne - 0	Moyenne - 1	Valeur t	dl	p	N Actifs - 0	N Actifs - 1	Ecart- Type - 1	Ratio F - Variances	p - Variances
C30influ famille	1.676247	1.590164	0.62753	1242	0.530428	1183	61	0.901426	1.360815	0.129906
C30influ entraîneu	1.512319	1.508197	0.03247	1236	0.974099	1177	61	0.959565	1.015932	0.977852
C30influ ami sp	1.264631	1.409836	1.56746	1238	0.117263	1179	61	0.919729	1.76231	0.00079
C30influ non sp	1.346317	1.393443	0.48685	1240	0.626449	1181	61	0.801638	1.193495	0.304855
C30 influ média	2.216582	2.147541	0.40363	1241	0.686557	1182	61	1.108092	1.401653	0.097352

- Antécédents de TCA chez les filles qui n'ont aucun antécédent de TCA et influences sociales ressenties à perdre du poids

Tests t ; Classmt : E18a_aucun Groupe1: 1 Groupe2: 0										
	Moyenne - 1	Moyenne - 0	Valeur t	dl	p	N Actifs - 1	N Actifs - 0	Ecart- Type - 0	Ratio F - Variances	p - Variances
C30influ famille	1.641529	1.778986	1.93063	1242	0.053756	968	276	1.111131	1.179001	0.080699
C30influ entraîneu	1.483368	1.612319	-1.9563	1236	0.050655	962	276	1.067739	1.307038	0.004341
C30influ ami sp	1.25	1.347826	2.03251	1238	0.042315	964	276	0.836896	1.59546	0.000000
C30influ non sp	1.323681	1.436364	2.24088	1240	0.02521	967	275	0.827529	1.367661	0.000829
C30 influ média	2.171488	2.36	2.12129	1241	0.034096	968	275	1.413388	1.245053	0.019969

Annexe 76 : Antécédents de troubles psychologiques

Table de fréquences : E18b_aucun (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	424	424	33,38583	33,3858
1	837	1261	65,90551	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Table de fréquences : E18b_mère (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1067	1067	84,01575	84,0157
1	194	1261	15,27559	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Table de fréquences : E18b_père (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1140	1140	89,76378	89,7638
1	121	1261	9,52756	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Table de fréquences : E18b_frères (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1125	1125	88,58268	88,5827
1	136	1261	10,70866	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Table de fréquences : E18b_autre (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
0	1201	1201	94,56693	94,5669
1	60	1261	4,72441	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Annexe 77 : Antécédents de troubles psychologiques et TCA (score à l'EAT-26)

Tests t ; Classmt : E18b_aucun (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 0					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	0			
SCORE EAT	6,731677	9,250071	-4,58174	1253	0,000005

Annexe 78 : Précision sur le membre de la famille ayant eu des troubles psychologique et TCA (score à l'EAT-26)

Tests t ; Classmt : E18b_mère (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
SCORE EAT	7,263989	9,293542	-2,80224	1253	0,005153

Tests t ; Classmt : E18b_père (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
SCORE EAT	7,317974	10,00067	-3,02742	1253	0,002517

Tests t ; Classmt : E18b_frères (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
SCORE EAT	7,254598	10,22837	-3,54059	1253	0,000414

Tests t ; Classmt : E18b_autre (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
SCORE EAT	7,460945	9,876102	-1,95763	1253	0,050495

Annexe 79 : Antécédents de troubles psychologiques chez les femmes ayant des TCA

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	EAT > 20 = 2	E18b_aucun	E18b_aucun	Totaux
		0	1	Ligne
Effectif	1	357	770	1127
%age Colonne		85,00%	92,22%	
%age Ligne		31,68%	68,32%	
%age Total		28,45%	61,35%	89,80%
Effectif	2	63	65	128
%age Colonne		15,00%	7,78%	
%age Ligne		49,22%	50,78%	
%age Total		5,02%	5,18%	10,20%
Effectif	Ts Grpes	420	835	1255
%age Total		33,47%	66,53%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x E18b_aucun(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	15,88498	dl=1	p=,00007

Annexe 80 : Précision sur le membre de la famille ayant eu des troubles psychologiques chez les femmes ayant des TCA

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Effectifs en surbrillance > 10			
	E18b_mère	E18b_mère	Totaux
	0	1	Ligne
1	967	160	1127
% Col.	90,97%	83,33%	
% Ligne	85,80%	14,20%	
% Total	77,05%	12,75%	89,80%
2	96	32	128
% Col.	9,03%	16,67%	
% Ligne	75,00%	25,00%	
% Total	7,65%	2,55%	10,20%
Total	1063	192	1255
% Total	84,70%	15,30%	100,00%

Stats : EAT > 20 = 2(2) x E18b_mère(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	10,35221	dl=1	p=,00129

Tableau de Synthèse : Effectifs Observés (donnéesFinal_F_30ans) Effectifs en surbrillance > 10			
	E18b_père	E18b_père	Totaux
	0	1	Ligne
1	1029	98	1127
% Col.	90,66%	81,67%	
% Ligne	91,30%	8,70%	
% Total	81,99%	7,81%	89,80%
2	106	22	128
% Col.	9,34%	18,33%	
% Ligne	82,81%	17,19%	
% Total	8,45%	1,75%	10,20%
Total	1135	120	1255
% Total	90,44%	9,56%	100,00%

Stats : EAT > 20 = 2(2) x E18b_père(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	9,585282	dl=1	p=,00196

Table de Fréquence - Synthèse (donnéesFinal_F_30ans) (effectifs marginaux non marqués)				
	EAT > 20 = 2	E18b_frères	E18b_frères	Totaux
		0	1	Ligne
Effectif	1	1016	111	1127
%age Colonne		90,71%	82,22%	
%age Ligne		90,15%	9,85%	
%age Total		80,96%	8,84%	89,80%
Effectif	2	104	24	128
%age Colonne		9,29%	17,78%	
%age Ligne		81,25%	18,75%	
%age Total		8,29%	1,91%	10,20%
Effectif	Ts Grpes	1120	135	1255
%age Total		89,24%	10,76%	

Stats : EAT > 20 = 2(2) x E18b_frères(2) (donnéesFinal_F_30ans)			
	Chi²	dl	p
Chi² de Pearson	9,486109	dl=1	p=,00207

Annexe 81 : Antécédents de troubles psychologiques et méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : E18b_aucun (donnéesFinal_F_30ans)					
Groupe2: 0					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	0			
C28 fréqu régime	1,757613	1,759214	-0,02350	1226	0,981259
C28 fréqu jeûne	1,042424	1,098039	-3,13746	1231	0,001745
C28 fréqu vomiss	1,043373	1,134146	-3,81784	1238	0,000141
C28 laxatif	1,036145	1,053528	-1,03682	1239	0,300023
C28 diurétique	1,031363	1,036496	-0,31276	1238	0,754519
C28 coupe-faim	1,071084	1,082927	-0,46969	1238	0,638660
C29méthod régime	2,007453	2,053030	-0,56324	1199	0,573375
C29 méthode jeûn	1,086142	1,201018	-3,30281	1192	0,000986
C29méthod vomis	1,074813	1,195929	-3,57365	1193	0,000366
C29méthod laxati	1,052369	1,083969	-1,26605	1193	0,205742
C29méthod diurét	1,044888	1,030534	0,76073	1193	0,446967
C29méthod coupe	1,072682	1,092545	-0,74138	1185	0,458609

Annexe 82 : Précision sur le membre de la famille ayant eu des troubles psychologiques et les méthodes de perte de poids

Tests t ; Classmt : E18b_mère (donnéesFinal_F_30ans)					
Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
C28 fréqu régime	1,755747	1,771739	-0,17794	1226	0,858802
C28 fréqu jeûne	1,054441	1,096774	-1,81170	1231	0,070277
C28 fréqu vomiss	1,070275	1,090909	-0,65641	1238	0,511681
C28 laxatif	1,039848	1,053476	-0,61766	1239	0,536912
C28 diurétique	1,029440	1,053476	-1,11382	1238	0,265572
C28 coupe-faim	1,072175	1,090909	-0,56523	1238	0,572018
C29méthod régime	2,024510	2,011050	0,12657	1199	0,899300
C29 méthode jeûn	1,106509	1,222222	-2,52852	1192	0,011583
C29méthod vomis	1,105315	1,167598	-1,38966	1193	0,164892
C29méthod laxati	1,053150	1,117318	-1,95468	1193	0,050854
C29méthod diurét	1,037402	1,055866	-0,74335	1193	0,457414
C29méthod coupe	1,074331	1,106742	-0,92026	1185	0,357623

Tests t ; Classmt : E18b_père (donnéesFinal_F_30ans)					
Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
C28 fréqu régim	1,753832	1,798319	-0,41030	1226	0,681659
C28 fréqu jeûne	1,053715	1,129310	-2,64288	1231	0,008325
C28 fréqu vomiss	1,063336	1,168067	-2,75019	1238	0,006043
C28 laxatif	1,040998	1,050420	-0,35144	1239	0,725318
C28 diurétique	1,033006	1,033613	-0,02315	1238	0,981536
C28 coupe-faim	1,072257	1,100840	-0,70987	1238	0,477921
C29méthod régim	2,007346	2,169643	-1,24125	1199	0,214756
C29 méthod jeûn	1,115527	1,205357	-1,59689	1192	0,110555
C29méthod vomis	1,099723	1,258929	-2,90892	1193	0,003694
C29méthod laxati	1,061865	1,071429	-0,23754	1193	0,812282
C29méthod diurét	1,044321	1,000000	1,45818	1193	0,145055
C29méthod coupe	1,084651	1,026786	1,34579	1185	0,178627

Tests t ; Classmt : E18b_frères (donnéesFinal_F_30ans)					
Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
C28 fréqu régim	1,750228	1,824427	-0,71421	1226	0,475232
C28 fréqu jeûne	1,053588	1,121212	-2,50315	1231	0,012438
C28 fréqu vomiss	1,059621	1,187970	-3,54796	1238	0,000403
C28 laxatif	1,038809	1,067669	-1,13147	1239	0,258076
C28 diurétique	1,031617	1,045113	-0,54056	1238	0,588906
C28 coupe-faim	1,073105	1,090909	-0,46293	1238	0,643493
C29méthod régim	2,007442	2,150794	-1,15527	1199	0,248211
C29 méthod jeûn	1,108513	1,256000	-2,75897	1192	0,005887
C29méthod vomis	1,099065	1,248000	-2,85719	1193	0,004348
C29méthod laxati	1,059813	1,088000	-0,73532	1193	0,462289
C29méthod diurét	1,040187	1,040000	0,00645	1193	0,994853
C29méthod coupe	1,073239	1,131148	-1,39916	1185	0,162027

Tests t ; Classmt : E18b_autre (donnéesFinal_F_30ans)					
Groupe2: 1					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	0	1			
C28 fréqu régim	1,757679	1,767857	-0,06619	1226	0,947234
C28 fréqu jeûne	1,056973	1,140351	-2,09442	1231	0,036426
C28 fréqu vomiss	1,066779	1,210526	-2,68334	1238	0,007386
C28 laxatif	1,038851	1,105263	-1,76328	1239	0,078099
C28 diurétique	1,034658	1,000000	0,93968	1238	0,347565
C28 coupe-faim	1,076923	1,035088	0,73870	1238	0,460231
C29méthod régim	2,006987	2,339286	-1,84412	1199	0,065412
C29 méthod jeûn	1,114135	1,327273	-2,72974	1192	0,006432
C29méthod vomis	1,107018	1,272727	-2,17348	1193	0,029941
C29méthod laxati	1,059649	1,127273	-1,20832	1193	0,227164
C29méthod diurét	1,042105	1,000000	0,99549	1193	0,319698
C29méthod coupe	1,081200	1,037037	0,73179	1185	0,464442

3.2.2. Adhésion aux stéréotypes de genre

Annexe 83 : Statistiques descriptives des scores de masculinité et de féminité.

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
sc tot paq féminité	1256	24,74295	1,000000	32,00000	3,777805
sc tot paq masculinité	1256	18,41342	1,000000	32,00000	4,195636

Annexe 84 : 4 groupes de genre de notre échantillon

Table de fréquences : groupe de genre (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
Non Différencié	337	337	26,53543	26,5354
Typé Féminin	403	740	31,73228	58,2677
Typé Masculin	228	968	17,95276	76,2205
Androgyne	288	1256	22,67717	98,8976
VM	14	1270	1,10236	100,0000

Annexe 85 : Lien entre TCA (score à l'EAT-26) et l'adhésion aux stéréotypes de genre (masculinité et féminité)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
sc tot paq féminité	24,73952	3,777855					
SCORE EAT	7,56385	9,293335	-0,024499	0,000600	-0,86609	0,386609	1251
sc tot paq masculinité	18,39909	4,194630					
SCORE EAT	7,56385	9,293335	-0,127666	0,016299	-4,54909	0,000006	1251

Annexe 86 : Régression multiple entre score à l'EAT-26 et adhésion aux stéréotypes de genre

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : SCORE EAT - VRAI (donnéesFinal_F_30ans) R= ,12890445 R ² = ,01661636 R ² Ajusté = ,01504042 F(2,1248)=10,544 p<,00003 Err-Type de l'Estim.: 9,2232						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1248)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			13,81620	2,025278	6,82188	0,000000
sc tot paq féminité	-0,017851	0,028109	-0,04391	0,069148	-0,63505	0,525511
sc tot paq masculinité	-0,126729	0,028109	-0,28077	0,062277	-4,50843	0,000007

Annexe 87 : Régression multiple chez les femmes ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
sc tot paq féminité	24,74749	24,66961	0,220891	1249	0,825213	1123	128
sc tot paq masculinité	18,51390	17,39180	2,875841	1249	0,004098	1123	128

Annexe 88 : Score à l'EAT-26 des 4 groupes de genre

Statistiques Descriptives par Groupes (donnéesFinal_F_30ans) Plus petit N de ttes les vars1251			
groupe de genre	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI	SCORE EAT - VRAI
	Moyennes	N	Ec-Type
Non Différencié	8,304851	336	10,05862
Typé Féminin	8,076898	403	9,89991
Typé Masculin	6,685000	226	7,90585
Androgyne	6,664860	286	8,35717
TsGrpes	7,563853	1251	9,29333

Analyse de la Variance (donnéesFinal_F_30ans) Effets significatifs marqués à p < ,05000								
	SC	dl	MC	SC	dl	MC	F	p
	Effet	Effet	Effet	Erreur	Erreur	Erreur		
SCORE EAT	696,2664	3	232,0888	107261,3	1247	86,01550	2,698221	0,044552

Test LSD ; Variable SCORE EAT (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à p < ,05000				
	{1}	{2}	{3}	{4}
	M=8,3049	M=8,0769	M=6,6850	M=6,6649
{1}		0,739414	0,042546	0,028139
{2}	0,739414		0,071171	0,049154
{3}	0,042546	0,071171		0,980538
{4}	0,028139	0,049154	0,980538	

Annexe 89 : Méthodes de perte de poids et adhésion aux stéréotypes de genre

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
sc tot paq féminité	24,71613	3,783249					
C28 fréq régime	1,76537	1,127484	-0,007109	0,000051	-0,24974	0,802827	1236
sc tot paq féminité	24,73500	3,770318					
C28 fréq jeune	1,06527	0,305478	-0,021381	0,000457	-0,75276	0,451736	1241
sc tot paq féminité	24,73008	3,776557					
C28 fréq vomiss	1,07933	0,424912	-0,025270	0,000639	-0,89230	0,372404	1248
sc tot paq féminité	24,73270	3,776177					
C28 laxatif	1,04484	0,290735	-0,075409	0,005687	-2,67053	0,007672	1249
sc tot paq féminité	24,73008	3,776557					
C28 diurétique	1,03285	0,271107	0,034515	0,001191	1,21906	0,223051	1248
sc tot paq féminité	24,73649	3,775311					
C28 coupe-faim	1,07532	0,417077	-0,090623	0,008213	-3,21209	0,001351	1248
sc tot paq masculinité	18,37561	4,194609					
C28 fréq régime	1,76537	1,127484	-0,136111	0,018526	-4,82627	0,000002	1236
sc tot paq masculinité	18,40230	4,195047					
C28 fréq jeune	1,06527	0,305478	-0,058265	0,003395	-2,05439	0,040147	1241
sc tot paq masculinité	18,39845	4,193091					
C28 fréq vomiss	1,07933	0,424912	-0,060639	0,003677	-2,14442	0,032192	1248
sc tot paq masculinité	18,39332	4,195319					
C28 laxatif	1,04484	0,290735	-0,039525	0,001562	-1,39684	0,162709	1249
sc tot paq masculinité	18,39123	4,196351					
C28 diurétique	1,03285	0,271107	-0,016241	0,000264	-0,57337	0,566501	1248
sc tot paq masculinité	18,39204	4,196754					
C28 coupe-faim	1,07532	0,417077	-0,026440	0,000699	-0,93363	0,350675	1248

Annexe 90a : Synthèse de régression pour les régimes

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 fréq régime (donnéesFinal_F_30ans) R= ,13611115 R ² = ,01852625 R ² Ajusté = ,01693424 F(2,1233)=11,637 p<,00001 Err-Type de l'Estim.: 1,1179						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1233)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			2,438391	0,246568	9,88932	0,000000
sc tot paq féminité	-0,000103	0,028251	-0,000031	0,008419	-0,00365	0,997091
sc tot paq masculinité	-0,136106	0,028251	-0,036584	0,007594	-4,81773	0,000002

Annexe 90b : Synthèse de régression pour les jeûnes

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 fréqu jeûne (donnéesFinal_F_30ans) R= ,06116284 R ² = ,00374089 R ² Ajusté = ,00213143 F(2,1238)=2,3243 p<,09828 Err-Type de l'Estim.: ,30515						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1238)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			1,179472	0,067489	17,47642	0,000000
sc tot paq feminité	-0,018624	0,028401	-0,001509	0,002301	-0,65576	0,512098
sc tot paq masculinité	-0,057370	0,028401	-0,004178	0,002068	-2,02004	0,043594

Annexe 90c : Synthèse de régression pour les vomissements provoqués

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 fréqu vomiss (donnéesFinal_F_30ans) R= ,06455010 R ² = ,00416672 R ² Ajusté = ,00256698 F(2,1245)=2,6046 p<,07433 Err-Type de l'Estim.: ,42437						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1245)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			1,251876	0,093309	13,41649	0,000000
sc tot paq feminité	-0,022158	0,028321	-0,002493	0,003186	-0,78240	0,434130
sc tot paq masculinité	-0,059479	0,028321	-0,006027	0,002870	-2,10021	0,035911

Annexe 90d : Synthèse de régression pour les laxatifs

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 laxatif (donnéesFinal_F_30ans) R= ,08343760 R ² = ,00696183 R ² Ajusté = ,00536787 F(2,1246)=4,3676 p<,01288 Err-Type de l'Estim.: ,28995						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1246)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			1,230524	0,063753	19,30141	0,000000
sc tot paq feminité	-0,073578	0,028268	-0,005665	0,002176	-2,60289	0,009354
sc tot paq masculinité	-0,035758	0,028268	-0,002478	0,001959	-1,26496	0,206124

Annexe 90e : Synthèse de régression pour les coupe-faim

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 coupe-faim (donnéesFinal_F_30ans) R= ,09320598 R ² = ,00868735 R ² Ajusté = ,00709488 F(2,1245)=5,4553 p<,00438 Err-Type de l'Estim.: ,41559						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1245)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			1,359776	0,091412	14,87532	0,000000
sc tot paq feminité	-0,089496	0,028255	-0,009887	0,003122	-3,16742	0,001575
sc tot paq masculinité	-0,021820	0,028255	-0,002168	0,002808	-0,77224	0,440120

Annexe 90f : Synthèse de régression pour les diurétiques

Synthèse de la Régression; Variable Dép. : C28 diurétique (donnéesFinal_F_30ans) R= ,03893483 R ² = ,00151592 R ² Ajusté = ----- F(2,1245)=,94509 p<,38892 Err-Type de l'Estim.: ,27112						
	Bêta	Err-Type	B	Err-Type	t(1245)	niveau p
		de Bêta		de B		
OrdOrig.			0,991387	0,059631	16,62529	0,000000
sc tot paq féminité	0,035431	0,028356	0,002544	0,002036	1,24952	0,211711
sc tot paq masculinité	-0,018041	0,028356	-0,001166	0,001832	-0,63623	0,524746

Annexe 91a : Comparaison des 4 groupes de genre

Analyse de la Variance (donnéesFinal_F_30ans) Effets significatifs marqués à p < ,05000								
	SC	dl	MC	SC	dl	MC	F	p
	Effet	Effet	Effet	Erreur	Erreur	Erreur		
C28 fréq régim	18,90492	3	6,301639	1551,053	1232	1,258972	5,005386	0,001876

Statistiques Descriptives par Groupes (donnéesFinal_F_30ans) Plus petit N de ttes les vars1236			
groupe de genre	C28 fréq régim	C28 fréq régim	C28 fréq régim
	Moyennes	N	Ec-Type
Non Différencié	1,910180	334	1,217127
Typé Féminin	1,822943	401	1,151552
Typé Masculin	1,653333	225	1,032853
Androgyne	1,597826	276	1,024001
TsGrpes	1,765372	1236	1,127484

Test LSD ; Variable C28 fréq régim (donnéesFinal_F_30ans) Différences significatives marquées à p < ,05000				
	{1}	{2}	{3}	{4}
	M=1,9102	M=1,8229	M=1,6533	M=1,5978
{1}		0,294141	0,008053	0,000642
{2}	0,294141		0,069805	0,010427
{3}	0,008053	0,069805		0,581893
{4}	0,000642	0,010427	0,581893	

Annexe 91b : Corrélation score de masculinité et pressions sociales ressenties à perdre du poids

Corrélations Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
sc tot paq masculinité	18.41084	4.197411					
C30influ famille	1.66506	1.039379	-0.078562	0.006172	-2.77502	0.005603	1242
sc tot paq masculinité	18.41084	4.197411					
C30influ entraîneu	1.50886	0.962807	-0.060182	0.003622	-2.12309	0.033944	1242
sc tot paq masculinité	18.41084	4.197411					
C30influ ami sp	1.27214	0.706831	-0.047183	0.002226	-1.66335	0.096495	1242
sc tot paq masculinité	18.41084	4.197411					
C30influ non sp	1.34702	0.736651	-0.056049	0.003141	-1.97679	0.048286	1242
sc tot paq masculinité	18.41084	4.197411					
C30 influ média	2.21659	1.30663	-0.102076	0.01042	-3.61336	0.000314	1242

Régression item influences familiales

	synthèse de régression: C30 influence famille R=0.09, R ² =0.008, R ² ajusté = 0.007 F(2,1249)=5.55, $p < 0.004$, Err typ estimée : 1.03					
N=1252	Beta	Err type Beta	B	Err typ B	t(1249)	niveau p
OrdOrig			2.39	0.23	10.49	0.00
sc tot mascu	-0.07	0.03	-0.02	0.01	-2.51	0.01
sc tot fem	-0.05	0.03	-0.05	0.01	-2.04	0.04

Régression item influences de l'entraîneur

	synthèse de régression: C30 influence entraîneur R=0.06, R ² =0.004, R ² ajusté = 0.002 F(2,1243)=2.70, $p < 0.06$, Err typ estimée : 0.96					
N=1252	Beta	Err type Beta	B	Err typ B	t(1249)	niveau p
OrdOrig			1.92	0.21	9.11	0.00
sc tot mascu	-0.05	0.03	-0.01	0.01	-2.08	0.02
sc tot fem	-0.02	0.03	-0.01	0.01	-0.92	0.35

Régression item de influences des amis dans le sport

	synthèse de régression: C30 influence amis sport R=0.06, R ² =0.004, R ² ajusté = 0.002 F(2,1245)=2.76, $p < 0.06$, Err typ estimée : 0.70					
N=1252	Beta	Err type Beta	B	Err typ B	t(1249)	niveau p
OrdOrig			1.62	0.15	10.54	0.00
sc tot mascu	-0.04	0.03	-0.01	0.00	-1.48	0.14
sc tot fem	-0.05	0.03	-0.01	0.00	-1.74	0.08

Régression item influences des amis non sportifs

	synthèse de régression: C30 influence amis non sportif $R=0.06$, $R^2=0.004$, R^2 ajusté = 0.002 $F(2,1247)=2.54$, $p<0.08$, Err typ estimée : 0.73					
N=1252	Beta	Err type Beta	B	Err typ B	t(1249)	niveau p
OrdOrig			1.68	0.16	10.43	0.00
sc tot mascu	-0.05	0.03	-0.01	0.00	-1.83	0.07
sc tot fem	-0.03	0.03	-0.01	0.00	-1.20	0.22

Régression item influences des médias

	synthèse de régression: C30 influence médias $R=0.10$, $R^2=0.01$, R^2 ajusté = 0.009 $F(2,1248)=6.44$, $p<0.001$, Err typ estimée : 1.3					
N=1252	Beta	Err type Beta	B	Err typ B	t(1249)	niveau p
OrdOrig			2.68	0.28	9.42	0.00
sc tot mascu	-0.10	0.03	-0.03	0.01	-3.57	0.00
sc tot fem	-0.01	0.03	-0.00	0.01	0.44	0.66

3.2.3. Rapport obsessionnel au corps

Annexe 92 : Variation de poids des femmes interviewées par questionnaire

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
PMax-Min/T	1165	5,419622	-20,6900	36,36000	3,851054

Annexe 93 : Lien entre la variation de poids et les TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT -	7,777828	9,587006					
PMax-Min/T	5,416552	3,857051	0,259563	0,067373	9,146261	0,000000	1160

Annexe 94 : Variation de poids chez les femmes ayant des TCA (score à l'EAT-26)

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
PMax-Min/T	5,142031	7,669365	-7,09030	1158	0,000000	1034	126

Annexe 95 : Lien entre variation de poids et méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 fréqu régim	1,800000	1,148232	0,272131	0,074055	9,263717	0,000000	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 fréqu jeûne	1,072558	0,323419	0,103123	0,010634	3,396060	0,000709	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 fréqu vomiss	1,087442	0,448233	0,074117	0,005493	2,434513	0,015074	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 laxatif	1,049302	0,305729	0,124909	0,015602	4,123899	0,000040	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 diurétique	1,034419	0,275854	0,049063	0,002407	1,609078	0,107894	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C28 coupe-faim	1,078140	0,426580	0,070360	0,004951	2,310488	0,021050	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29méthod régim	2,060465	1,333939	0,250907	0,062954	8,490486	0,000000	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29 méthod jeûn	1,141395	0,607608	0,111945	0,012532	3,690148	0,000235	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29méthod vomis	1,127442	0,581801	0,104258	0,010870	3,433849	0,000618	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29méthod laxati	1,070698	0,427877	0,132854	0,017650	4,390766	0,000012	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29méthod diurét	1,041860	0,315810	0,039244	0,001540	1,286490	0,198550	1075
PMax-Min/T	5,389870	3,843958					
C29méthod coupe	1,089302	0,462190	0,069788	0,004870	2,291600	0,022122	1075

Annexe 96 : Ecart entre le poids désiré et le poids réel

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)						
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Intervalle Inter-quartiles	Ecart-type
PIdeal-actuel/T	1189	-2,17861	-35,8400	6,130000	1,880000	2,555133

Annexe 97 : Lien entre l'écart de poids désiré/réel et les TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE EAT	7,75363	9,448118					
PIdeal-actuel/T	-2,17853	2,558678	-0,229965	0,052884	-8,12397	0,000000	1184

Annexe 98 : Ecart entre poids désiré/réel chez les femmes ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
PIdeal-actuel/T	-2,06890	-3,09905	4,303552	1182	0,000018	1058	126

Annexe 99 : Lien entre l'écart poids désiré/réel et les méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 fréqu régim	1,80219	1,143082	-0,284087	0,080706	-9,80465	0,000000	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 fréqu jeûne	1,06928	0,314977	-0,103595	0,010732	-3,44659	0,000589	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 fréqu vomiss	1,08204	0,434187	-0,075073	0,005636	-2,49125	0,012877	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 laxatif	1,04831	0,302724	-0,065731	0,004321	-2,17982	0,029484	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 diurétique	1,03373	0,273114	-0,049923	0,002492	-1,65405	0,098404	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C28 coupe-faim	1,07566	0,417151	-0,064313	0,004136	-2,13258	0,033181	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29méthod régim	2,05834	1,326411	-0,283100	0,080146	-9,76759	0,000000	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29 méthod jeûn	1,13491	0,593481	-0,103347	0,010681	-3,43824	0,000608	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29méthod vomis	1,12033	0,566811	-0,079010	0,006243	-2,62269	0,008845	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29méthod laxati	1,06655	0,414322	-0,083725	0,007010	-2,78030	0,005524	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29méthod diurét	1,04102	0,312679	-0,029257	0,000856	-0,96857	0,332976	1097
PIdeal-actuel/T	-2,19758	2,540203					
C29méthod coupe	1,08478	0,449164	-0,048657	0,002367	-1,61201	0,107249	1097

Annexe 100 : Description de la fréquence de pesées

Table de fréquences : E8 fréqu pesée (donnéesFinal_F_30ans)				
	Effectif	Effectifs Cumulés	%age	%age Cumulé
1. Tous les jours	80	80	6,29921	6,2992
2. Une ou plusieurs fois par semaine	243	323	19,13386	25,4331
3. Une ou plusieurs fois par mois	348	671	27,40157	52,8346
4. Moins d'une fois par mois	590	1261	46,45669	99,2913
VM	9	1270	0,70866	100,0000

Annexe 101 : Lien entre la fréquence de pesée et les TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
E8 fréqu pesée	3,145817	0,945195					
SCORE EAT	7,631355	9,403548	-0,351103	0,123273	-13,2733	0,00	1255

Annexe 102 : Fréquence de pesées chez les femmes ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2							
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p	N Actifs	N Actifs
	1	2				1	2
E8 fréqu pesée	3,243556	2,300000	11,30840	1253	0,000000	1125	130

Annexe 103 : Lien entre les fréquences de pesées et les méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) (Observations à VM ignorées)						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 fréqu régim	1,774721	1,128941	-0,358430	0,128472	-13,0822	0,000000	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 fréqu jeûne	1,067928	0,312716	-0,053404	0,002852	-1,8223	0,068674	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 fréqu vomiss	1,080825	0,431547	-0,126712	0,016056	-4,3526	0,000015	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 laxatif	1,046432	0,295539	-0,101472	0,010297	-3,4754	0,000529	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 diurétique	1,031814	0,265359	-0,057611	0,003319	-1,9663	0,049504	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C28 coupe-faim	1,073947	0,414497	-0,090328	0,008159	-3,0904	0,002046	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29méthod régim	2,029235	1,320762	-0,269521	0,072642	-9,5364	0,000000	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29 méthod jeûn	1,132416	0,586427	-0,076193	0,005805	-2,6037	0,009340	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29méthod vomis	1,117799	0,560352	-0,145523	0,021177	-5,0118	0,000001	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29méthod laxati	1,065348	0,411782	-0,079227	0,006277	-2,7080	0,006868	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29méthod diurét	1,038693	0,303818	-0,062405	0,003894	-2,1305	0,033339	1163
E8 fréqu pesée	3,132416	0,951314					
C29méthod coupe	1,082545	0,444972	-0,068536	0,004697	-2,3408	0,019412	1163

Annexe 104 : L'insatisfaction corporelle (score au BSQ-8c)

Statistiques Descriptives (donnéesFinal_F_30ans)					
	N Actifs	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart-type
SCORE BSQ	1267	21,67102	8,000000	48,00000	8,539817

Annexe 105 : Lien entre l'insatisfaction corporelle et les TCA (score à l'EAT-26)

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE BSQ	21,65387	8,527763					
SCORE EAT -	7,64331	9,420830	0,693935	0,481545	34,20964	0,00	1262

Annexe 106 : Insatisfaction corporelle des femmes ayant des TCA

Tests t ; Classmt : EAT > 20 = 2 (donnéesFinal_F_30ans) Groupe2: 2					
	Moyenne	Moyenne	Valeur t	dl	p
	1	2			
SCORE BSQ	20,12684	34,83756	-21,9740	1260	0,00

Annexe 107 : Lien entre insatisfaction corporelle et fréquence d'utilisation des méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (donnéesFinal_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE BSQ	21,58557	8,522896					
C28 fréqu régim	1,76194	1,125803	0,493612	0,243653	19,92995	0,000000	1235
SCORE BSQ	21,58828	8,513654					
C28 fréqu jeûne	1,06532	0,305596	0,205664	0,042298	7,39441	0,000000	1240
SCORE BSQ	21,61041	8,511267					
C28 fréqu vomiss	1,07939	0,425077	0,245692	0,060365	8,94327	0,000000	1247
SCORE BSQ	21,60832	8,508174					
C28 laxatif	1,04487	0,290848	0,164279	0,026988	5,87871	0,000000	1248
SCORE BSQ	21,61522	8,508090					
C28 diurétique	1,03288	0,271214	0,165276	0,027316	5,91302	0,000000	1247
SCORE BSQ	21,61281	8,510103					
C28 coupe-faim	1,07538	0,417239	0,123049	0,015141	4,37496	0,000013	1247

Annexe 108 : Lien entre insatisfaction corporelle et durée d'utilisation des méthodes de perte de poids

Var. X et Var. Y	Corrélations (données Final_F_30ans) Corrélations significatives marquées à $p < ,05000$						
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
SCORE BSQ	21,66401	8,539714					
C29méthod régim	2,02651	1,318686	0,442067	0,195423	17,10794	0,000000	1207
SCORE BSQ	21,64235	8,549183					
C29 méthod jeûn	1,13322	0,589268	0,193719	0,037527	6,83736	0,000000	1201
SCORE BSQ	21,62589	8,527289					
C29méthod vomis	1,11897	0,563966	0,238844	0,057046	8,52039	0,000000	1202
SCORE BSQ	21,64930	8,544152					
C29méthod laxati	1,06572	0,413961	0,144474	0,020873	5,05777	0,000000	1202
SCORE BSQ	21,64930	8,544152					
C29méthod diurét	1,03993	0,305491	0,143541	0,020604	5,02444	0,000001	1202
SCORE BSQ	21,65030	8,550126					
C29méthod coupe	1,08124	0,440148	0,112909	0,012748	3,92331	0,000092	1194

3.2.4. Utilisation de la pratique sportive dans les troubles alimentaires

Annexe 109a : Influences sociales ressenties pour perdre du poids et quantité et fréquence de pratique sportive de remise en forme

- Influences sociales ressenties à la perte de poids et quantité de pratique (nb d'heures d'entraînement)

Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C30influ famille	1.673913	1.039983					
A1e heure	2.995826	1.97641	0.022075	0.000487	0.748137	0.454531	1150
C30influ entraîneur	1.506087	0.951138					
A1e heure	2.995826	1.97641	0.165945	0.027538	5.70161	0.000000	1150
C30influ ami sp	1.267826	0.689035					
A1e heure	2.995826	1.97641	0.098602	0.009722	3.357218	0.000813	1150
C30influ non sp	1.344348	0.727215					
A1e heure	2.995826	1.97641	0.026433	0.000699	0.895934	0.370476	1150
C30 influ média	2.214783	1.304724					
A1e heure	2.995826	1.97641	-0.020679	0.000428	-0.700792	0.483575	1150

- Influences sociales ressenties et fréquence de pratique

Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C30influ famille	1.671316	1.038981					
A1d nb foi/sem	2.239756	0.69092	-0.035995	0.001296	-1.2188	0.223171	1147
C30influ entraîneur	1.506539	0.952951					
A1d nb foi/sem	2.239756	0.69092	-0.15148	0.022946	-5.18561	0.000000	1147
C30influ ami sp	1.269398	0.691355					
A1d nb foi/sem	2.239756	0.69092	-0.080533	0.006486	-2.73394	0.006355	1147
C30influ non sp	1.345248	0.72915					
A1d nb foi/sem	2.239756	0.69092	-0.046668	0.002178	-1.58088	0.114182	1147
C30 influ média	2.212729	1.308482					
A1d nb foi/sem	2.239756	0.69092	0.020751	0.000431	0.70234	0.482612	1147

Annexe 109b : Dépendance à l'exercice physique et influences sociales ressenties à la perte de poids

Corrélations significatives marquées à $p < .05000$ (Observations à VM ignorées)							
	Moyenne	Ec-Type	r(X,Y)	r ²	t	p	N
C30influ famille	1.66345	1.03886					
scor EDS-R vrai	48.65286	16.01698	0.012188	0.000149	0.429233	0.667829	1242
C30influ entraîneur	1.50886	0.96281					
scor EDS-R vrai	48.65286	16.01698	0.186452	0.034764	6.682825	0.000000	1242
C30influ ami sp	1.27214	0.70683					
scor EDS-R vrai	48.65286	16.01698	0.191129	0.03653	6.856756	0.000000	1242
C30influ non sp	1.34622	0.73648					
scor EDS-R vrai	48.65286	16.01698	0.109881	0.012074	3.892866	0.000104	1242
C30 influ média	2.21498	1.30566					
scor EDS-R vrai	48.65286	16.01698	0.066872	0.004472	2.360094	0.018425	1242