



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

**Vers un modèle socio-cognitif de la boulimie:
développement et mise à l'épreuve au moyen
d'analyses d'équations structurales.**

par
Hélène Boyer.

Thèse présentée à l'Ecole des Etudes Supérieures
de l'Université d'Ottawa en vue de l'obtention
du diplôme de Docteur en Philosophie

École de Psychologie



Hélène Boyer, Ottawa, Canada, 1991



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-70513-2

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

À mes parents, Jean et Monique,
pour leur amour, leur dévouement
et leur appui

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche a pour but de présenter un modèle de la boulimie qui incorpore certaines variables identifiées par les recherches théoriques et expérimentales antérieures. Les taquineries antérieures et les croyances au sujet de la minceur et de l'obésité sont considérées comme étant des variables importantes dans le développement de la boulimie. À partir d'une intégration des concepts théoriques propres à l'étude du soi, le modèle introduit et élabore les notions de Saillance des écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés, et de Saillance des écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels redoutés. Ces variables joueraient un rôle médiateur déterminant entre les facteurs antécédents et les Comportements boulimiques. Dans ce modèle, le Souci corporel serait essentiellement un sous-produit des processus cognitifs médiateurs. Finalement, le modèle conçoit le Bien-être psychologique comme étant une variable directement affectée par les Comportements boulimiques.

Une première étude effectuée auprès d'un échantillon de 167 jeunes femmes a permis de développer et de valider les instruments de mesure nécessaires au présent travail de recherche. Les résultats démontrent que la validité et la fidélité des instruments sont adéquates. Dans le cadre d'une deuxième étude empirique menée auprès d'un échantillon de 303 jeunes femmes, des analyses d'équations structurales ont été effectuées afin de vérifier, entre autres, le modèle conceptuel proposé. Les résultats de cette deuxième étude révèlent qu'un modèle structural alternatif, où le paramètre reliant la Saillance des écarts

pour les sois corporels désirés et les Comportements boulimiques est éliminé, rend compte des données de façon adéquate. Selon ce modèle, les Taquineries antérieures et les Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité sont à la fois reliées aux Saillances des écarts entre les sois corporels actuels/désirés, et actuels/redoutés. Bien que ces deux types de Saillances prédisent conjointement le Souci corporel, seule, la variable Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** suffit pour prédire les Comportements boulimiques. Finalement, le Bien-être psychologique de la personne se rattache directement aux Comportements boulimiques plutôt qu'au Souci corporel. Ces résultats sont discutés par rapport à leurs implications pour la compréhension des processus qui sous-tendent la boulimie.

REMERCIEMENTS

Je désire remercier tout particulièrement Ken Campbell pour avoir eu l'obligeance d'assurer la direction de cette thèse. Ses bons conseils et son appui m'ont permis de mener à terme ce projet.

Je désire aussi remercier:

- Claude Lamontagne pour sa supervision, lors des débuts du projet;
- Luc Pelletier et Monique Lortie-Lussier pour leurs suggestions et leurs commentaires judicieux;
- Mark Gessaroli pour son aide avec les analyses d'équations structurales;
- Madan Makasare ainsi que Lisa Watt pour leur assistance technique;
- René Verville pour sa lecture consciencieuse du manuscrit;
- l'École des Études Supérieures de l'Université d'Ottawa et le Ministère des Collèges et Universités pour leur soutien financier;

Mes derniers remerciements vont à Michel, qui a été une source d'inspiration et un appui au long de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Remerciements	v
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	xi
Liste des annexes	xiii
Introduction	2
Chapitre 1: Recension des écrits	
Survol de la boulimie	6
Les symptômes	9
Les facteurs psychologiques et physiques associés aux comportements boulimiques	10
L'image corporelle de la boulimique	12
Les conséquences physiologiques et psychologiques de la privation de nourriture	15
Approches et modèles	
L'approche socio-culturelle	17
L'approche clinique ou psychiatrique	25
Les approches behaviorale et cognitive-behaviorale	29

Chapitre 2: Vers un modèle socio-cognitif de la boulimie	
Introduction	36
Facteurs antécédents	39
Les taquineries antérieures	39
Les croyances véhiculées par la société	41
Facteurs médiateurs: Structures et processus cognitifs	42
Les schèmes de soi	43
Les schèmes corporels	44
Les sois possibles	46
Les sois désirés / les sois redoutés	46
La notion d'écart entre les sois corporels	48
La notion de saillance des écarts	49
Le souci corporel	52
Facteurs conséquents	53
Les comportements boulimiques	53
Le bien-être psychologique	53
Sommaire et hypothèses	54
La méthode d'analyse d'équations structurales	59
Précisions terminologiques	60
Chapitre 3: Etude 1: Développement des instruments	
Introduction	62
Méthode	65
Sujets	65
Instruments	66
Procédure	72
Analyses	74
Résultats	75
Discussion	97

Chapitre 4: Etude 2: Vérification des hypothèses

Introduction	101
Méthode	102
Sujets	102
Instruments	103
Procédure	105
ÉTAPE 1 - Analyses factorielles confirmatoires et corrélations simples	106
Analyses	107
Résultats	108
Sommaire	122
ÉTAPE 2 - Analyses des modèles de mesure et du modèle structural	124
Analyses	124
Résultats	124
Sommaire	137
Chapitre 5: Discussion	139
Relations simples	140
Relations médiatrices et causales	142
Le Souci corporel en tant que sous-produit	147
La notion d'écart entre les sois et le bien-être psychologique	148
Constatations importantes	149
Limites des études	151
Conclusion	154
Références	155
Annexes	171 a

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle conceptuel de la boulimie de Williamson (1990)	30
Figure 2.	Modèle d'équations structurales représentant le modèle conceptuel proposé	58
Figure 3.	Silhouettes utilisées pour mesurer la forme corporelle actuelle, désirée et redoutée	70
Figure 4.	Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("A tendance boulimique" et "Non-boulimique") pour le poids corporel actuel, désiré et redouté (en livres)	92
Figure 5.	Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("A tendance boulimique" et "Non-boulimique") pour la forme corporelle actuelle, désirée et redoutée	92
Figure 6.	Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Taquinerie antérieures	111
Figure 7.	Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	114
Figure 8.	Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Souci corporel	117

Figure 9. Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Bien-être psychologique	120
Figure 10. Modèle de mesure final pour les variables exogènes du modèle conceptuel proposé	126
Figure 11. Modèle de mesure final pour les variables endogènes du modèle conceptuel proposé	128
Figure 12. Comparaisons entre les chi-carrés des modèles M1, M2, M3, et M4	133
Figure 13. Modèle structural final M2 représentant le modèle conceptuel	136

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Description des groupes "Non-boulimique" et "A tendance boulimique"	77
Tableau 2. Saturations et corrélations "Item-Total" pour le questionnaire Taquineries antérieures	80
Tableau 3. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "A tendance boulimique") pour les items représentant les deux sous-échelles du questionnaire Taquineries antérieures	82
Tableau 4. Saturations et corrélations "Item-Total" pour le questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	86
Tableau 5. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "A tendance boulimique") pour les items représentant les deux sous-échelles du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	88
Tableau 6. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "A tendance boulimique") pour les items du questionnaire portant sur la Véhémence du désir et de la crainte	91
Tableau 7. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "A tendance boulimique") pour les écarts	94

Tableau 8. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "A tendance boulimique") pour les Saillances des écarts	94
Tableau 9. Tableau récapitulatif des résultats principaux obtenus pour les instruments de mesure	97
Tableau 10. Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des quatre modèles du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	113
Tableau 11. Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des cinq modèles du questionnaire Souci corporel	116
Tableau 12. Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des cinq modèles du questionnaire Bien-être psychologique	119
Tableau 13. Matrice de corrélations simples entre les mesures	121
Tableau 14. Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des trois modèles de mesure des variables endogènes du modèle conceptuel proposé	127
Tableau 15. Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des trois modèles structuraux représentant le modèle final M2	135

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1.	A - Questionnaire complet tel qu'administré aux sujets	171 a
	B - Feuille-réponses qui accompagne le questionnaire	180
Annexe 2.	A - Items du questionnaire Taquineries antérieures	182
	B - Items du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	183
	C - Items permettant le calcul des scores de saillance des écarts entre les schèmes corporels actuel/désirés/redoutés	184
Annexe 3.	Tableau A. Saturations de tous les items du questionnaire Taquineries antérieures	186
	Tableau B. Saturations de tous les items du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	187
Annexe 4.	A - Items et leurs abréviations pour le questionnaire Taquineries antérieures	188
	B - Items et leurs abréviations pour le questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	189
	C - Items et leurs abréviations pour le questionnaire Souci corporel	190
	D - Items et leurs abréviations pour le questionnaire Bien-être psychologique	191
Annexe 5.	Description des groupes "Non-boulimique" et "À tendance boulimique" de l'Étude 2	193
Annexe 6.	Tableau C. Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire du questionnaire Taquineries antérieures	194
	Tableau D. Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité	195

Annexe 6. Tableau E. Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire du questionnaire Souci corporel	196
Tableau F. Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire du questionnaire Bien-être psychologique	197
Annexe 7. Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables de dépression des groupes "À tendance boulimique" et "Non-boulimique"	198
Annexe 8. Tableau G. Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables utilisées dans les analyses factorielles confirmatoires de l'Étape 1	199
Annexe 9. Tableau H. Matrice de variances-covariances utilisée pour les modèles de mesure et les modèles structureaux	201
Annexe 10. Tableau I. Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables utilisées dans les modèles de mesure et les modèles structureaux de l'Étape 2	202
Annexe 11. Figure A. Modèle structural repr/sentant le modèle conceptuel proposé où les scores de Saillances des écarts ont été remplacés par les scores d'Écarts seulement	203
Annexe 12. Tableau J. Sommaire des résultats obtenus pour les corrélations partielles effectuées dans le cadre de la discussion	204

On fait la science avec des faits comme une maison avec des pierres; mais une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison.

- HENRI POINCARÉ (*La science et l'hypothèse*, 1925, p. 158)

INTRODUCTION

La personne boulimique désire ardemment perdre du poids. Elle¹ se sent "trop grosse" malgré son poids corporel moyen. Elle craint de devenir obèse et cherche habituellement à restreindre son alimentation. Pendant ces périodes de restrictions, elle évite à tout prix la nourriture qu'elle préfère, que ce soit des aliments sucrés ou des aliments riches en hydrates de carbone. Elle finit éventuellement par "succomber" à quelque aliment "défendu" et elle se gave sans pouvoir s'arrêter. Éventuellement, elle en arrive à "découvrir" le vomissement provoqué², ou encore les laxatifs, l'exercice physique, et le jeûne intensif, qui lui semblent des méthodes efficaces pour prévenir une augmentation de poids. Les épisodes de gavage³ et de purgation⁴ deviennent de plus en plus fréquents et incontrôlables et la peur de devenir obèse devient de plus en plus obsédante. De plus, son image corporelle et tout ce qui a trait à la nourriture la préoccupent à un point tel qu'elle éprouve de la difficulté à se concentrer et à vaquer à ses activités quotidiennes habituelles.

1 Le genre féminin sera dorénavant utilisé pour référer à la boulimique étant donné qu'il s'agit essentiellement d'un trouble féminin (Fairburn, 1982; Gandour, 1984; Katzman, Wolchik, & Braver, 1984; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986); en effet, seulement 5% des personnes boulimiques seraient des hommes (Muuss, 1986). Signalons aussi que la présente étude se penche exclusivement sur la boulimie chez les femmes.

2 Le terme "vomissement provoqué" est utilisé pour traduire l'expression anglaise "self-induced vomiting".

3 Le terme "gavage" est utilisé pour traduire le terme anglais "binging" ou "binge-eating". Il signifie un épisode où une grande quantité de nourriture est ingérée rapidement, dans un temps assez restreint.

4 Le terme "purgation" est utilisé pour traduire le terme anglais "purging".

La boulimique est consciente que ses comportements sont "anormaux" et se sent incapable de contrôler ses impulsions alimentaires et ses comportements de purge. Elle en éprouve des sentiments de honte, de culpabilité, d'auto-dépréciation et se sent de plus en plus déprimée. Les cycles de gavage et de purge en viennent à affecter à peu près tous les aspects de sa vie, qu'il s'agisse des études, des relations avec les membres de sa famille et avec ses pairs, des considérations budgétaires, et de sa santé physique et mentale.

Le problème de la boulimie⁵ en est un qui défie l'entendement. Comment se fait-il qu'une jeune femme puisse en arriver à un point tel que toute sa vie devient axée sur la nourriture et sur son apparence physique? Comment expliquer que malgré son désir d'être mince elle puisse se lancer dans des abus alimentaires qui l'empêcheront d'atteindre son idéal de minceur? Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer le développement d'un tel trouble?

Depuis les 25 dernières années, la prolifération de la boulimie a entraîné un vaste répertoire d'approches et de modèles⁶ théoriques qui ont tenté d'en expliquer l'étiologie. Malgré cet état de fait, les causes de la boulimie demeurent tout de même obscures (Crandall, 1988; Schlesier-Stropp, 1984). Plusieurs variables reliées au désordre ont été identifiées ainsi que divers processus d'acquisition du comportement boulimique. Dans l'ensemble, toutefois, on retrouve peu de modèles théoriques qui tiennent compte à la fois des variables environnementales et intra-psychiques. Ce que nous avons, c'est plutôt une accumulation de faits sans pour autant avoir une théorie cohérente.

Fisher (1970) a noté la convergence des études portant sur le concept de soi et l'image corporelle. Il affirme que: "It is likely that self concept theory will, in the long run, have

⁵ La conception contemporaine de la boulimie a été identifiée et reconnue vers le début des années 1970; depuis lors, plusieurs termes ont été utilisés, soit boulimarexia (Boskind-Lodahl, 1976), boulimie nerveuse (Russell, 1979) et boulimie (American Psychiatric Association, 1980, 1987); dans la présente recherche, le terme boulimie sera utilisé pour représenter le syndrome de la boulimie.

⁶ Le terme "modèle" est utilisé au sens large du terme et peut référer à des modèles descriptifs tout aussi bien qu'à des modèles explicatifs.

helped to lay a foundation for integrating body image concepts into the mainstream of psychological theory. It is not a large step from a recognition of the importance of the experienced self to a consideration of how the perception of one's body contributes to this self". Seize années après avoir fait cette constatation importante, Fisher (1986) souligne dans sa recension exhaustive des écrits portant sur l'image corporelle, que: "while physical appearance is mentioned in various descriptions of the self-structure, little real thought has been given by self-theorists to the role of the body image in overall self-representations. There is not even much speculative interest in this matter" (p. 637).

Selon plusieurs auteurs, l'image corporelle jouerait un rôle fondamental dans le développement de la boulimie (Cooper & Taylor, 1988; Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1985; Wooley & Wooley, 1985). En 1987, la préoccupation excessive de l'image corporelle a été ajoutée aux critères diagnostiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised (American Psychiatric Association, 1987). Depuis lors, les troubles de l'image corporelle ont fait l'objet de nombreuses études. Une multitude d'instruments ont été développés dans le but de mesurer les distorsions perceptuelles et le mécontentement de l'image corporelle (Thompson, 1990). L'intérêt semble toutefois s'être limité à l'évaluation des troubles de l'image corporelle plutôt qu'à une meilleure compréhension de son rôle dans le développement de la boulimie.

Tout récemment, Mahoney (1990) affirme avec conviction que: "an adequate understanding of body-image disorders and their treatment requires a fundamental appreciation of developmental issues in 'self' formation and change" (p.321). Ainsi, il semble grand temps de faire le rapprochement entre l'image corporelle et le concept de soi afin de pouvoir en arriver à un modèle théorique qui puisse rendre compte du développement de la boulimie. La présente recherche vise à développer un tel modèle. Ce modèle mettra en jeu certaines variables jugées importantes, mais surtout, il intégrera l'image corporelle aux notions théoriques récentes du concept de soi. L'image corporelle

en tant que structure du soi jouera alors un rôle médiateur important entre les variables antécédentes et le développement de comportements boulimiques. Ce facteur médiateur devient en quelque sorte le mortier qui permettra de consolider l'organisation des variables du modèle. Une analyse d'équations structurales permettra de mettre ce modèle à l'épreuve et de vérifier les relations postulées entre les variables.

Un survol de la boulimie nous apparaît nécessaire afin de bien cerner les différents facteurs psychologiques et physiques qui lui sont associés. Trois grandes approches cherchant à en expliquer l'étiologie seront aussi présentées. Suite à cette recension des écrits, laquelle fera l'objet du premier chapitre, nous serons en mesure de constater qu'une grande quantité de variables a été identifiée, sans toutefois que cette accumulation de faits n'ait mené à une meilleure compréhension du développement de la boulimie. Le modèle de la boulimie, élaboré à partir d'une intégration de l'image corporelle et du soi, sera ensuite présenté au deuxième chapitre. Deux études empiriques seront rapportées aux troisième et quatrième chapitres respectivement. La première vise à développer les instruments nécessaires pour la mise à l'épreuve des hypothèses du modèle; la deuxième vise, pour sa part, à mettre ces hypothèses à l'épreuve par l'entremise de l'analyse d'équations structurales. Finalement, une discussion générale des résultats des deux études et leurs implications quant à la compréhension des processus qui sous-tendent la boulimie sera présentée au cinquième et dernier chapitre.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

Survol de la boulimie

Depuis les deux dernières décennies, les troubles de l'alimentation, spécifiquement l'anorexie nerveuse et plus récemment, la boulimie, ont suscité un vif intérêt chez les chercheurs. La prolifération de recherches scientifiques et d'articles populaires a contribué à rendre les termes "anorexie" et "boulimie" beaucoup plus familiers, à la fois chez les professionnels de la santé et dans la population en général. La boulimie, qui semble de plus en plus fréquente chez les jeunes femmes, est souvent considérée comme étant *le* trouble psychologique féminin de notre époque (Crandall, 1988). Dans sa publication de fin d'année, par exemple, la revue "Newsweek" appelait l'année 1981, l'année du syndrome de gavage-purgation.

Le terme "boulimie" tire son origine du grec et signifie littéralement "faim de boeuf" (*bous* qui veut dire tête de bovin et *limos* qui veut dire faim). Autrefois utilisée pour référer à des épisodes de gavage, la boulimie était conçue comme un symptôme se manifestant quelquefois chez les anorexiques et chez les obèses. La boulimie en tant que syndrome ou trouble alimentaire serait, selon plusieurs auteurs, une conception assez nouvelle (Wooley & Kearney-Cooke, 1986; Casper, 1983; Boskind-White & White,

1983). Bien que la boulimie en tant que syndrome ait évolué jusqu'à devenir la conception contemporaine décrite dans le DSMD-III (APA, 1980) et le DSM-III-R (APA, 1987), le terme boulimie a toutefois été utilisé depuis déjà plusieurs centaines d'années et il a toujours été étroitement associé au concept de vomissement provoqué (Stein & Laakso, 1988).

Une des premières descriptions les plus complètes de la boulimie provient du dictionnaire médical de James (1743), où deux pages entières sont consacrées à la description du trouble "boulimus". James fait alors la distinction entre ce qu'il appelle le vrai "boulimus" et le "caninus appetitus". Le premier trouble serait caractérisé par des épisodes de faim intense et des épisodes de gavage alors que le deuxième serait un trouble semblable mais où la personne manifeste aussi le besoin de recourir au vomissement pour soulager l'estomac trop dilaté par la nourriture. James souligne le rôle du médecin grec, Galen (130-200 A. D.), qui aurait été le premier auteur à parler de l'étiologie de ce trouble. Selon James, Galen concevait le "boulimus" comme étant la conséquence d'une dysfonction digestive. Plus précisément, selon ce dernier, le "boulimus" résultait d'une "humeur acide" située dans l'estomac, qui en stimulait l'ouverture et entraînait une faim intense chez la personne atteinte.

Au dix-neuvième siècle, la "boulimie" est décrite par Blachez (1864) comme étant un syndrome. La personne qui en est atteinte serait obsédée par la nourriture et continuerait à avoir un appétit féroce, même après avoir mangé énormément. Suite à ces épisodes d'excès alimentaire, elle passerait alors à un état de "torpeur analogue à celle qu'on observe chez les reptiles gorgés d'une proie trop volumineuse" (p. 319). Selon Blachez, la boulimie pouvait être un syndrome en tant que tel mais pouvait aussi constituer un symptôme associé à quelqu'autre trouble. Selon lui, la boulimie était de nature "nerveuse" et il la qualifiait de "névrose gastrique".

Au début du vingtième siècle, le terme boulimie apparaît dans plusieurs écrits médicaux mais il est essentiellement utilisé pour référer au symptôme de gavage. La boulimie en tant que syndrome semble peu commune à cette époque et suscite peu d'intérêt chez les chercheurs (Stein & Laakso, 1988).

Depuis les dix dernières années, la boulimie est essentiellement étudiée en tant que syndrome. L'incidence, ou du moins le nombre de cas identifiés de boulimie, semble très élevé. Toutefois, comme le soulignent plusieurs auteurs, il est en fait très difficile d'en estimer la fréquence exacte, à cause de la nature cachottière du comportement boulimique (Schlesier-Stropp, 1984). En effet, le gavage et la purgation se font secrètement étant donné les sentiments de honte et de culpabilité que la boulimique éprouve. Aussi, il arrive fréquemment que les pairs et la famille même de la personne n'en soient pas au courant, puisqu'elle a un poids corporel "normal" et que ses comportements alimentaires sont habituellement appropriés et bien contrôlés dans les situations sociales (Fairburn & Cooper, 1982; Yates & Sambrailo, 1984).

Au sein de la population nord-américaine en général, l'incidence de la boulimie telle que définie par le DSM III-R (APA, 1987), semble relativement faible. Fairburn et Cooper (1983), par exemple, rapportent une incidence de 1.9%. Par contre, au niveau des populations universitaires et collégiales nord-américaines, elle semble beaucoup plus élevée mais les estimations varient considérablement. Mintz et Betz (1988) rapportent une incidence de 3%, alors que Stangler et Printz (1980) en rapportent une de 3.8%, Pyle, Mitchell, Eckert, Halvorson, Neuman et Goff (1983) rapportent 4.5%, alors que Halmi, Falk et Schwartz (1981) rapportent 13%. La variabilité de ces résultats pourrait être attribuable aux critères diagnostiques utilisés. Selon que l'on utilise les critères définis par le DSM-III (1980) ou le DSM-III-R (1987), l'échantillon de "boulimiques" peut inclure celles qui se purgent et qui ne se purgent pas, ou encore, il peut inclure seulement celles qui

se purgent. Plusieurs chercheurs et clinicien(ne)s ont alors tenté de faire une distinction entre les boulimiques qui se purgent et celles qui ne se purgent pas. La majorité d'entre eux maintiennent que cette distinction est fondamentale et que seules celles qui se purgent sont véritablement boulimiques (e.g., Williamson, Prather, Goreczny, Davis & McKenzie, 1989). Il est intéressant de noter que cette distinction récente qui suscite un grand intérêt chez les chercheurs contemporains, avait déjà été introduite et soulignée par James en 1743.

Les épisodes de gavage débutent généralement entre l'âge de 15 et 18 ans (Boskind-Lodahl & White, 1978). L'âge moyen pour l'apparition du trouble de la boulimie serait de 18 ans et l'apparition après l'âge de 30 ans serait exceptionnelle (Pyle, Mitchell et Eckert, 1981). Un pourcentage très élevé de boulimiques rapportent que leurs premiers épisodes de gavage étaient associés à des périodes de régime amaigrissant très sévères qu'elles s'étaient alors imposées. Aussi, leurs épisodes boulimiques semblaient avoir débuté suite à un événement traumatisant, tel que le fait de partir de la maison, un conflit familial, la séparation d'un ami (Johnson, Stuckey, Lewis & Schwartz, 1982).

Les symptômes de la boulimie, les facteurs psychologiques et physiques, la question de l'image corporelle seront maintenant présentés. Les conséquences physiologiques et psychologiques de la privation de nourriture seront aussi brièvement discutées étant donné leur impact considérable au niveau du comportement.

Les symptômes

Le gavage constitue le symptôme le plus caractéristique de la boulimie. Tel que mentionné, il consiste à manger rapidement une très grande quantité de nourriture pendant un temps très court. Il importe de souligner que durant cet épisode, la boulimique a l'impression de ne pas pouvoir s'arrêter de manger. Un épisode de gavage dure une heure en moyenne et la personne peut consommer entre 2000 et plus de 41,000 calories (Johnson

et al., 1982; Russell, 1979) La fréquence du gavage peut varier de un ou deux épisodes à plus de cinquante par semaine. L'étude de Mitchell, Pyle et Eckert (1981), révèle que la boulimique peut passer en moyenne 13.7 heures par semaine à se gaver. En général, elle se gave en cachette et ces épisodes peuvent survenir de façon inattendue, c'est-à-dire à un moment où elle cherche à restreindre son alimentation; ou encore, peuvent être minutieusement planifiés, c'est-à-dire qu'elle décide littéralement de se gaver, et à la première occasion, s'achète une grande quantité de nourriture. Pendant les premières minutes de son épisode, elle éprouve des sentiments de soulagement intense. Suite au gavage, toutefois, des sentiments très forts d'autodépréciation et de culpabilité, ainsi que la peur de prendre du poids, poussent la jeune femme à avoir recours à une méthode quelconque pour éliminer ce qu'elle a mangé.

Les épisodes de vomissement provoqué débutent généralement plusieurs mois et même quelques années après les premiers épisodes de gavage et la boulimique y a recours surtout pour prévenir l'augmentation de poids (Fairburn & Cooper, 1982; Johnson et al. 1982). Ce comportement devient rapidement une habitude qui en vient à accaparer la boulimique. Johnson et al. (1982), rapportent, entre autre, que 59% de leur échantillon de boulimiques avaient quotidiennement recours au vomissement provoqué. Pyle et al. (1981) rapportent pour leur part que 94% de leur échantillon de boulimiques avaient régulièrement recours au vomissement provoqué. Chez certaines boulimiques, le réflexe de vomir devient si développé que le simple fait d'avoir trop mangé peut l'activer.

Les facteurs psychologiques et physiques associés aux comportements boulimiques

La dépression est le symptôme psychologique le plus fréquemment relié à la boulimie. En général, des sentiments dépressifs surviennent suite au gavage et à la purgation, bien qu'ils ne soient pas limités à ces périodes spécifiques. La dépression est si

souvent associée à la boulimie que certains chercheurs maintiennent qu'elle est en fait une forme de trouble affectif, et qu'elle posséderait alors les mêmes bases physiologiques (Hudson, Pope, Jonas, Laffer, Hudson & Melby, 1983; Pope & Hudson, 1982, 1984, 1985). La question de savoir si la dépression prédispose la personne à développer des comportements boulimiques ou si elle est un symptôme qui résulte de la boulimie a fait l'objet de nombreuses études (c.f., Hintz & Williamson, 1987; Strober & Katz, 1987; Swift, Andrews & Barklage, 1986). Quoique cette question dépasse largement le but de cette présente étude, elle sera tout de même reprise au moment de l'examen de l'approche clinique.

L'estime de soi des boulimiques semble très faible (Grace, Jacobson & Fullager, 1985; Katzman & Wolchik, 1984). Aussi, les boulimiques ont généralement beaucoup de difficulté à s'affirmer (Boskind-White & White, 1983), elles ressentent une anxiété généralisée envahissante (Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero & Blouin, 1985) et ont tendance à manifester un plus grand besoin d'acceptation que les personnes non-boulimiques (Katzman & Wolchik, 1984).

Les comportements boulimiques peuvent mener à une variété de conséquences physiques qui peuvent être assez graves. L'abus de laxatifs et le vomissement peuvent entraîner une déshydratation et des troubles sérieux au niveau des fonctions digestives. La perte de liquide qui en résulte mène fréquemment à un déséquilibre des électrolytes et à une perte de potassium. Ces conséquences physiques très sérieuses peuvent causer des faiblesses musculaires et des arythmies cardiaques (Harris, 1983). Aussi, l'ostéoporose qui se développe habituellement chez les femmes plus âgées, peut se développer rapidement chez les boulimiques (Harris, 1983). Les problèmes dentaires, très communs, sont essentiellement attribuables au vomissement provoqué, qui contribue à la décalcification, à l'érosion de l'émail et au développement rapide de caries dentaires (Mitchell, 1986).

L'image corporelle de la boulimique

La boulimique est généralement préoccupée par son image corporelle et se sent "grosse" malgré son poids moyen. Ce symptôme psychologique, qui est un critère diagnostique propre à la boulimie, constitue un aspect de ce que l'on appelle les "troubles de l'image corporelle". Comment se manifestent ces troubles chez la boulimique? Garner et Garfinkel (1981) se sont tout particulièrement intéressés à cette question. Ils ont défini deux types de troubles, soit la distorsion perceptuelle, c'est-à-dire le fait de ne pouvoir estimer fidèlement sa grosseur, et le mécontentement de l'image corporelle, c'est-à-dire le fait d'évaluer négativement son corps. Le premier type de trouble serait essentiellement perceptuel alors que le deuxième serait plutôt d'ordre affectif et cognitif.

Étant donné que la boulimique se sent grosse malgré un poids normal, se pourrait-il qu'elle ait simplement une défectuosité perceptuelle quelconque? Récemment, les chercheurs se sont penchés sur cette question des distorsions perceptuelles chez les boulimiques (e.g. Birtchnell, Lacey & Harte, 1985; Frazen, Florin, Schneider & Meier, 1988). Afin d'évaluer ces distorsions, on demande généralement aux sujets d'indiquer la façon dont elles perçoivent certaines parties de leur corps (ou le corps tout entier) ou bien d'en estimer la grosseur pour les comparer à des mesures objectives. Cette évaluation peut se faire au moyen d'un simple compas amovible (Slade & Russell, 1973), d'un miroir réglable (Traub & Orbach, 1964), d'un rétro-projecteur (Ruff & Barrios, 1986), d'une image vidéo réglable (Allebeck, Hallberg & Espmark, 1976; Freeman, Thomas, Solyom & Hunter, 1984) ou de silhouettes (Counts & Adams, 1985; Williamson, Kelley, Davis, Ruggerio, & Blouin, 1985).

Les résultats provenant des diverses études des distorsions tendent à être contradictoires (Cash & Brown, 1987). En effet, certains chercheurs rapportent que les boulimiques tendent à surestimer leur forme (Ruff & Barrios, 1986; Willmuth, Leitenberg,

Rosen, Fondacaro, & Gross, 1985) alors que d'autres rapportent qu'il n'y a aucune différence significative entre les boulimiques et les non-boulimiques, puisque toutes surestiment leur forme (Birchnell, Lacey & Harte, 1985; Thompson, Berland, Linton & Weinsier, 1986). Cash et Brown (1987) ont suggéré que ces résultats contradictoires pourraient être attribuables au fait que les chercheurs utilisent des techniques différentes qui mesurent des aspects différents du trouble perceptuel. Aussi, il est important de signaler que les groupes contrôles tendent à être très différents (e.g., personnes "normales", au régime amaigrissant, ou "névrotiques"). Finalement, le fait de demander d'estimer soit certaines parties du corps, ou le corps tout entier, peut faire appel à des processus cognitifs d'évaluation qualitativement et/ou quantitativement différents (Slade, 1985). Quoiqu'il en soit, la question de la distorsion perceptuelle chez les boulimiques demeure difficile à élucider étant donné l'ambiguïté du concept et le manque de consensus quant à la façon dont le phénomène devrait être étudié. Elle pourrait en fait n'être qu'une réaction affective à l'endroit du corps plutôt que d'être purement fondée sur une défectuosité corticale quelconque (Garner & Garfinkel, 1981; Thompson, Dolce, Spana & Register, 1987).

L'aspect cognitif et/ou affectif des troubles de l'image corporelle chez les boulimiques a, dans la majorité des cas, été étudié indépendamment de l'aspect perceptuel. Aussi, l'intérêt pour cet aspect n'a été éveillé que depuis les six dernières années. Le "mécontentement" de l'image corporelle est le terme généralement utilisé pour référer à cet aspect cognitif/affectif. Les résultats des études sur le mécontentement semblent beaucoup plus concordants (Cash & Brown, 1987). En effet, la majorité des chercheurs s'entendent pour dire que les boulimiques tendent à être significativement plus mécontentes de leur image corporelle que les personnes dites "normales" ne manifestant aucun comportement boulimique. Par contre, comme l'ont démontré Courts et Adams (1985), il semble que les personnes qui suivent un régime amaigrissant et celles qui restreignent leur alimentation de

façon chronique sans toutefois manifester des comportements boulimiques, expriment aussi un certain mécontentement de leur corps. Le mécontentement de l'image corporelle ne serait alors pas strictement limité aux boulimiques mais semblerait être présent à différents degrés dans la population. Rodin et al. (1985) vont jusqu'à conclure qu'il est si généralisé chez les femmes que l'on peut considérer ce phénomène comme faisant partie de l'expérience féminine. Elles ont alors introduit le terme "mécontentement normatif" pour en décrire l'ampleur. Selon elles, plus une personne démontre un trouble de l'image corporelle, plus elle risque de développer un trouble quelconque de l'alimentation.

En ce qui concerne le mécontentement, les techniques d'évaluation utilisées se limitent essentiellement à des questionnaires de type "auto-évaluation". Le nombre de questionnaires destinés à en évaluer un aspect ou l'autre a augmenté de façon exponentielle depuis les cinq dernières années et se chiffre présentement à plus d'une quinzaine. L'échelle de mécontentement de l'image corporelle du "Eating Disorders Inventory" (Garner, Olmsted & Polivy, 1983), le "Body Shape Questionnaire" (Cooper & Taylor, 1988), le "Semantic Differential Body Image Scale" (Leon, Lucas, Colligan, Ferdinande & Kamp, 1985) et "le Body Esteem Scale" (Franzoi & Shields, 1984) n'en sont que quelques exemples.

En conclusion, les troubles de l'image corporelle constituent un phénomène fondamental de la boulimie nécessitant une attention particulière de la part des chercheurs et clinicien(ne)s. Il semble toutefois que seules les perceptions et le mécontentement de l'image corporelle aient suscité un enthousiasme et un intérêt soutenus. Pourtant, de tels troubles ne signalent-ils pas la présence de processus internes importants? N'y aurait-il pas un processus cognitif fondamental qui se rattacherait à ces plaintes au sujet du corps? Dans l'élaboration de notre modèle, nous chercherons à aller au-delà de la simple manifestation du mécontentement de l'image corporelle. Nous tenterons d'en expliquer l'origine en nous

attardant aux processus dynamiques qui pourraient lui être sous-jacents. Dans le cadre du concept de soi, nous pourrions davantage élucider le rôle de l'image corporelle dans le développement de comportements boulimiques.

Les conséquences physiologiques et psychologiques de la privation de nourriture

La restriction alimentaire semblerait constituer un facteur essentiel qui contribue au développement du cycle de gavage-purgation. La jeune boulimique qui cherche à restreindre son alimentation afin de perdre du poids se lance sans cesse dans quelque régime amaigrissant nouveau. Les conséquences physiologiques et psychologiques des régimes alimentaires prolongés et chroniques ont été étudiées et plusieurs symptômes découlant de cette pratique sont semblables aux symptômes associés à la semi-inanition (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980).

L'expérience classique de Keys, Brozek, Henschel, Mickelson, et Taylor (1950) révèle que certains symptômes peuvent être directement reliés au jeûne prolongé. Suite à une restriction alimentaire sévère de six mois, les sujets, tous des hommes, ont développé une préoccupation exagérée pour la nourriture et des habitudes alimentaire aberrantes, avec des périodes de gavage fréquentes suivies d'une humeur morose et de sentiments d'auto-dépréciation. Des changements émotifs importants se sont aussi manifestés: sentiments dépressifs, irritabilité, anxiété, désorganisation, incompetence sociale et diminution de l'intérêt sexuel. Au niveau cognitif, des changements tout aussi prononcés ont surgi: difficulté de concentration, de jugement, et de compréhension. La plupart des sujets ont rétabli un tempérament "normal" après la fin de l'expérience mais quelques-uns ont maintenu leurs habitudes de gavage pendant plusieurs mois. Cette recherche démontre clairement que plusieurs symptômes directement reliés à la boulimie peuvent être associés à

l'inanition. Le gavage, si caractéristique de la boulimie, pourrait être une réaction naturelle à la privation prolongée de nourriture.

Dans une étude récente, Channon et Hayward (1990) ont démontré que même une période de jeûne très courte (soit 24 heures) entraînait une préoccupation exagérée pour la nourriture chez des sujets (16 hommes et 16 femmes) de poids normal n'ayant jamais souffert de troubles de l'alimentation. Les auteurs ont conclu que le fait de restreindre son alimentation de façon exagérée peut augmenter la susceptibilité des gens à développer des attitudes et comportements "anormaux" vis-à-vis de la nourriture.

Les chercheurs qui ont étudié les conséquences physiologiques du régime amaigrissant avancent pour la plupart qu'il contribue en fait à l'augmentation subséquente de poids et prédispose aux excès alimentaires (Polivy & Herman, 1985; Rodin et al., 1985). Le corps humain aurait un poids idéal, prédéterminé génétiquement, de même qu'un taux métabolique de base qui en permet le maintien. Une réduction importante de l'apport nutritif tend à ralentir le niveau métabolique, ce qui rend d'autant plus difficile la perte de poids (Bowyer, 1988; Boyle, Storlien, Harper, & Kessey, 1981; Coscina & Dixon, 1983). Lorsqu'une personne au régime reprend ses habitudes alimentaires normales, il faut un certain temps pour que le niveau métabolique retourne à son niveau original, ce qui tend à faciliter l'augmentation de poids (Even, Nicolaidis, & Meile, 1981). De plus, le sentiment de privation psychologique qui accompagne le régime pousse plusieurs personnes non seulement à cesser leur diète mais à consommer une quantité excessive des aliments préférés qui avaient été éliminés durant le régime (Polivy & Herman, 1985). Les femmes qui font régulièrement des diètes pour perdre du poids sont aux prises avec des effets physiologiques et psychologiques qui favorisent les excès ultérieurs. Polivy et Herman (1985) concluent même que les privations alimentaires sont un antécédent essentiel aux épisodes de gavage.

Au fil des années, une diversité d'autres approches ont servi à l'étude de la boulimie. Malgré l'intérêt de chacune de ces approches, nous nous limitons ici aux recherches pouvant être regroupées sous les trois rubriques suivantes: perspective socio-culturelle, perspective clinique ou psychiatrique et perspective cognitive-behaviorale. Plusieurs modèles explicatifs qui peuvent être regroupés au sein de ces trois grandes approches seront aussi présentés.

APPROCHE SOCIO-CULTURELLE

Les tenants de l'approche socio-culturelle postulent que les normes actuelles de la minceur pour les femmes sont au coeur de l'accroissement de la boulimie (Boskind-Lodahl, 1976; Boskind-White & White, 1983, 1986; Pope & Hudson 1984). Selon eux, les normes sont telles qu'elles incitent les jeunes femmes à avoir recours au régime amaigrissant pour atteindre cet idéal qui est social plutôt que biologique. Ainsi, les jeunes femmes d'aujourd'hui sont poussées à rechercher une taille excessivement mince, ayant intériorisé le message véhiculé par la société, selon lequel un corps mince va de pair avec la beauté, la réussite et le bonheur. Elles deviennent de plus en plus mécontentes de leur image corporelle et désirent perdre du poids. Ce désir d'être mince se traduit en tentatives constantes de perdre du poids, lesquelles entraînent un recours à des régimes amaigrissants de plus en plus restrictifs; s'ensuivent des carences nutritives réelles et/ou psychologiques, ce qui conduit inévitablement à une interruption du régime où la personne se gave de nourriture et éprouve des sentiments de perte de contrôle et de culpabilité intenses.

Ces postulats trouvent un appui dans les recherches sur l'évolution de l'idéal de la minceur au fil des siècles (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Mazur, 1986), sur le mécontentement de plus en plus grand des femmes à l'égard de leur image corporelle (Fallon & Rozin, 1985) et aussi dans les recherches sur les effets de la privation

de nourriture (Channon & Hayward, 1990; Coscina & Dixon, 1983; Keys et al. 1950; Polivy & Herman, 1985).

Dans leur étude des attentes culturelles à l'égard de la minceur chez les femmes, Garner, Garfinkel, Schwartz et Thompson (1980) ont cherché à quantifier et à documenter ce qu'ils perçoivent comme étant une tendance marquée à favoriser un idéal de plus en plus mince depuis les vingt dernières années. Par l'entremise d'une recension des pages-milieu de la revue "Playboy" et des concurrentes aux compétitions de "Miss America" (de 1959 à 1978), les chercheurs ont trouvé que la moyenne du poids corporel par rapport à la grandeur a diminué de façon significative depuis les années soixante, et plus particulièrement depuis les années soixante-dix. Aussi, une recension des revues populaires à l'intention des femmes révèle que les articles traitant des régimes alimentaires ont augmenté de façon significative. Ces résultats sont d'autant plus intéressants lorsque comparés aux données provenant des statistiques américaines; elles indiquent que le poids corporel de la jeune femme typique âgée entre 17 et 24 ans a augmenté de 5 à 6 livres depuis les vingt dernières années (Bureau of Census, 1983).

Dans une mise à jour de l'étude de Garner et al. (1980), Mazur (1986) révèle que pour les modèles des revues et les concurrentes aux concours de beauté, la moyenne de poids corporel par rapport à la grandeur a aussi diminué de façon significative entre 1979 et 1986, confirmant la tendance vers un idéal favorisant un corps de plus en plus mince.

Les femmes qui aspirent à cet idéal de la minceur doivent souvent lutter contre leur poids génétiquement prédéterminé et lutter contre les exigences physiologiques de leur corps pour pouvoir l'atteindre. La société actuelle présente le régime alimentaire comme étant un moyen efficace d'atteindre la minceur. Les conséquences physiologiques du régime amaigrissant sont telles qu'il peut en fait contribuer au gain de poids subséquent.

De nombreuses recherches portant sur le mécontentement des femmes à l'égard de leur corps révèlent que ces dernières sont habituellement moins satisfaites de leur corps que les hommes et ont recours au régime alimentaire beaucoup plus que les hommes (Clifford, 1971; Fallon & Rozin, 1985; Huenemann, Shapiro, Hampton, & Mitchell, 1966; Huon & Brown, 1984; Polivy & Herman, 1985; Wooley, Wooley & Dyrenforth, 1979).

Malgré la "popularité" de l'approche socio-culturelle, très peu de recherches ont été menées dans le but de vérifier spécifiquement l'influence des normes socio-culturelles de la minceur et de l'obésité. Mintz et Betz (1988) se sont penchés sur la composante socio-culturelle dans leur étude de l'incidence. Les résultats révèlent que le degré de perturbations dans les habitudes alimentaires est relié aux croyances socio-culturelles ayant trait à la minceur. Cette étude corrélative, quoiqu'elle apporte une contribution intéressante et pertinente à l'étude des facteurs socio-culturels chez les boulimiques, a été menée dans le but d'examiner l'incidence des comportements boulimiques et des facteurs qui leur sont concomitants. L'impact des croyances socio-culturelles et le rôle qu'elles peuvent jouer en tant que facteur antécédent au développement de la boulimie n'ont alors pas été explorés.

Il semble que mis à part les études sur les tendances socio-culturelles qui favorisent un idéal de minceur, et les études sur le mécontentement de l'image corporelle chez les femmes, cette approche a reçu très peu d'appui empirique direct et pertinent. De plus, les instruments permettant de mesurer l'intériorisation des croyances socio-culturelles sont à peu près inexistantes. Finalement, les liens causaux qui sont postulés entre la boulimie et les normes socio-culturelles pour la minceur et l'obésité demeurent pour ainsi dire inexplorés.

Toujours dans le cadre de l'approche socio-culturelle, certains modèles ou perspectives mettent l'accent sur une ou plusieurs composantes particulières de la boulimie. Nous présenterons maintenant les modèles socio-culturel féministe, socio-psychologique, et socio-culturel-épidémiologique.

La perspective socio-culturelle féministe

Boskind-White et White (1983, 1986) adoptent une approche féministe au problème de la boulimie. Leur approche peut être qualifiée de socio-culturelle, en ce que l'accent est mis sur l'influence de la société actuelle. Toutefois, au-delà de l'approche purement socio-culturelle, ils ajoutent que c'est au niveau de la socialisation et de l'intériorisation du stéréotype féminin que le problème de la boulimie se développe. Le rôle féminin stéréotypé actuel semblerait caractérisé par une préoccupation pour l'apparence physique et un besoin de mettre en valeur et de préserver à tout prix la beauté physique (Brownmiller, 1984). Boskind-White et White postulent alors que les jeunes femmes boulimiques cherchent désespérément à se conformer au rôle féminin stéréotypé, ce dernier étant reflété par leur poursuite inlassable d'un idéal de minceur physique extrême et aussi, par leur approche passive, dépendante et conciliante devant la vie. La boulimie serait alors le résultat de cette lutte constante pour atteindre et maintenir l'idéal féminin stéréotypé.

Plusieurs chercheurs ont tenté de démontrer empiriquement cette relation entre la féminité et la boulimie. Les résultats sont toutefois très variés. Certaines recherches indiquent qu'il existe une relation significative entre la boulimie et l'adhésion aux valeurs et aux comportements féminins (Brown, Cross & Nelson, 1990) alors que d'autres indiquent qu'il n'en existe aucune (Srikameswaran, Leichner & Harper, 1984). Ces contradictions pourraient être dues aux mesures utilisées pour étudier la féminité-masculinité. Selon Spencer (1985), par exemple, les concepts de féminité et de masculinité utilisés dans les recherches ne sont pas définis adéquatement et les instruments mesurant ces concepts ne sont pas appropriés.

Le modèle socio-psychologique

Crandall (1988), a élaboré un modèle fondé sur les travaux classiques de Festinger, Schachter et Back (1950) portant sur les processus sociaux psychologiques à l'intérieur des groupes informels. Ce modèle fait appel aux normes socio-culturelles en tant que composantes importantes dans le développement de la boulimie mais il cherche à aller au-delà du simple facteur socio-culturel en l'intégrant à un modèle d'interaction sociale. Selon ce modèle, les symptômes boulimiques tels le gavage et la purgation sont acquis par l'entremise d'un processus de "contagion sociale". L'influence des groupes sociaux constitue alors le facteur clé dans l'acquisition des comportements boulimiques. Cette susceptibilité est affectée par la cohésion du groupe social dans lequel se trouve la jeune femme et l'entente mutuelle à l'égard des normes dans ce groupe.

Les études de Crandall (1988) au sein de clubs féminins d'étudiantes ("sororities") américaines révèlent que les normes de groupe ont un impact considérable sur l'augmentation des comportements de gavage. Dans une première étude, Crandall a trouvé que les jeunes femmes qui se gavaient très peu n'étaient pas populaires auprès de leurs amies, celles qui se gavaient beaucoup étaient très populaires, et finalement, celles qui se gavaient trop fréquemment l'étaient moins que celles qui se gavaient de façon modérée. Dans une deuxième étude, Crandall a comparé deux clubs féminins entre eux. Des questionnaires permettant de mesurer les liens sociaux, les facteurs personnels et le gavage ont été distribués au début et à la fin de l'année scolaire. Les résultats ont révélé que le comportement de gavage augmente en fonction des pressions sociales. En effet, les étudiantes qui se gavaient rarement au début de l'année scolaire ont augmenté leur fréquence de gavage de telle sorte qu'elle était semblable à celle des autres membres du même club.

L'étude de Crandall permet d'accentuer la composante sociale qui sous-tend le développement du comportement de gavage. La boulimie étant un trouble alimentaire de plus en plus fréquent et de plus en plus connu auprès de la population, il est fort probable que ce facteur en tant que tel favorise la propagation de comportements boulimiques chez les jeunes filles.

Le modèle socio-culturel-épidémiologique

Le modèle épidémiologique s'intéresse à l'ensemble des facteurs qui peuvent prédire la boulimie. À partir d'une recension exhaustive des différentes perspectives théoriques, Striegel-Moore et al. (1986) ont relevé une diversité de variables qui peuvent expliquer le développement de la boulimie. Quoique le modèle épidémiologique de Striegel-Moore et al. (1986) comprenne une multitude de variables, l'accent est définitivement placé sur la composante socio-culturelle: "... women at greatest risk for bulimia should be those who have accepted and internalized most deeply the sociocultural norms about thinness and attractiveness" (p. 247).

Striegel-Moore et ses collègues postulent que certains environnements sociaux sont plus propices à augmenter la probabilité de développer des troubles alimentaires. Par exemple, les collègues, les clubs féminins, les pensionnats sont des environnements qui intensifient les pressions socio-culturelles de la minceur. Aussi, certaines "sous-cultures", telles que chez les danseuses, les mannequins et les actrices, valorisent le poids corporel de telle sorte que le succès et le rendement sont directement reliés à l'apparence physique.

Tout comme Boskind-White et White (1983, 1986), Striegel-Moore et ses collègues affirment que les femmes qui adhèrent au stéréotype féminin de la beauté sont plus susceptibles de développer des comportements boulimiques. Sur le plan développemental, dès l'enfance, la jeune fille apprend que l'apparence physique est importante et qu'elle

devrait s'en préoccuper. À la puberté, la maturation physique fait en sorte que la jeune adolescente devient moins filiforme et l'idéal de minceur devient plus difficile à maintenir. Le fait que l'attrait physique, plus précisément la minceur, semble faciliter le contact avec les pairs, la jeune adolescente associe la minceur avec la popularité et l'aisance sociale. La poursuite de la minceur devient dès lors un but essentiel dans sa vie. L'adolescente développe une représentation mentale de ce qu'elle considère être l'image corporelle idéale et lorsqu'elle s'y compare, elle éprouve un certain mécontentement qui la pousse à se mettre au régime.

Au niveau de la personnalité, une jeune femme qui a un concept de soi négatif, une difficulté à gérer le stress, un grand besoin d'approbation sociale, de la difficulté à identifier ses besoins et à s'affirmer, et qui manifeste des tendances dépressives, sera d'autant plus susceptible de développer des comportements boulimiques.

Au niveau biologique, Striegel-Moore et ses collègues postulent que les femmes qui sont génétiquement prédisposées à être plus grosses que leur idéal de minceur sont plus susceptibles de devenir boulimiques. Lorsqu'elles suivent des régimes amaigrissants, elles ont de la difficulté à perdre du poids et à maintenir leur taille. Leur régime doit être alors très restrictif, ce qui favorise les épisodes de gavage. Aussi, les femmes qui sont prédisposées à développer des troubles affectifs risquent d'autant plus de développer des comportements boulimiques.

Sur le plan de la famille, les caractéristiques familiales qui favorisent le développement de la boulimie sont la tendance à accentuer la valeur des normes socio-culturelles. Des parents qui appuient l'idée que l'apparence physique et le poids corporel sont des attributs importants qui peuvent être contrôlés tendent à inciter leur jeune fille à poursuivre l'idéal de la minceur. Aussi, un système familial où les parents sont rigides et surprotègent leurs enfants, et où les conflits sont rarement résolus peut augmenter chez la jeune fille le risque de développer des comportements boulimiques.

L'approche de Striegel-Moore et al. (1986) constitue un cadre théorique ayant une valeur heuristique indéniable. Toutefois, leur modèle tend à être beaucoup trop "inclusif", c'est-à-dire qu'il énumère tous les facteurs possibles, soit les facteurs génétiques et physiologiques, l'influence de la famille, les troubles de l'image corporelle, les rôles propres au sexe, le stress, les facteurs développementaux, le concept de soi pauvre, etc., et ne fait pas de distinction claire entre les facteurs essentiels et les facteurs qui pourraient n'être que concomitants. Aussi, la dynamique et l'inter-relation entre ces facteurs demeure plutôt vague. Il serait alors difficile de tenter de mettre un tel modèle à l'épreuve, étant donné la diversité et la complexité des facteurs qui sont en cause.

En conclusion, l'approche socio-culturelle et les modèles pouvant y être regroupés offrent des points de repère essentiels dans la compréhension du développement de la boulimie. Les valeurs véhiculées par la société actuelle concernant l'idéal de la minceur et l'obésité constituent une influence sociale indéniable dans le développement des jeunes femmes. Par l'entremise de la télévision, des revues populaire, des livres, des groupes d'ami(e)s, le message socio-culturel de l'importance de la minceur leur est transmis très tôt.

Cette composante nous semble essentielle pour développer un modèle conceptuel de la boulimie qui soit plausible. Toutefois, l'aspect socio-culturel en tant que tel ne peut expliquer le fait que ce ne sont pas toutes les jeunes femmes qui soient aux prises avec des comportements boulimiques ou avec des troubles de l'image corporelle ou encore avec un recours chronique au régime amaigrissant. La portée explicative de l'approche socio-culturelle est donc limitée et ne permet pas de comprendre ce qui distingue la population "normale" de la population boulimique. L'approche clinique ou psychiatrique, pour sa part, vise tout particulièrement à répondre à cette question et s'intéresse aux facteurs qui rendent certaines personnes plus susceptibles de développer un trouble alimentaire quelconque.

L'APPROCHE CLINIQUE OU PSYCHIATRIQUE

Plusieurs chercheurs ont développé des modèles de la boulimie fondés sur divers modèles cliniques. Deux modèles seront présentés, soit le modèle de la dépendance et le modèle du trouble affectif, lesquels peuvent être regroupés sous la rubrique d'approche clinique ou psychiatrique. Cette approche conceptualise la boulimie comme étant un désordre psychopathologique qui se développe chez les personnes éprouvant une certaine détresse psychologique.

Le modèle de la dépendance

Certains comportements boulimiques tendent à ressembler aux comportements de dépendance retrouvés chez les alcooliques et les toxicomanes. Quelques chercheurs ont postulé que la boulimie consiste essentiellement en un trouble de dépendance (Brisman & Siegel, 1984; Wooley & Wooley, 1981). Selon eux, les comportements boulimiques seraient le résultat d'une prédisposition psychologique à la dépendance en général. La nourriture serait alors un objet de dépendance semblable à la drogue ou à l'alcool. Cette conceptualisation de la boulimie repose sur les constatations suivantes: 1) les boulimiques se gavent sans pouvoir s'arrêter, malgré le fait qu'elles désirent devenir minces et qu'elles aient peur de prendre du poids; 2) les boulimiques éprouvent des sentiments de culpabilité après leur épisode d'abus; 3) elles sont constamment préoccupées par la nourriture; et 4) un certain nombre d'entre elles ont tendance à éprouver de la dépendance pour l'alcool et les drogues (Pyle et al. 1983). Les études de Feldman et Eysenck (1986) et de De Silva et Eysenck (1987) révèlent que les boulimiques obtiennent des scores de dépendance presque aussi élevés que les toxicomanes et que leur personnalité, telle qu'évaluée par le Eysenck Personality Questionnaire (EPQ: Eysenck & Eysenck, 1975), est semblable.

Tel que souligné par Vandereycken (1987), quoiqu'il soit vrai que la boulimie possède quelques caractéristiques qui peuvent permettre une certaine analogie entre ce trouble et d'autres troubles de dépendance, il semble que plusieurs caractéristiques essentielles propres aux troubles de dépendance ne se retrouvent pas chez la boulimique. Premièrement, alors que plusieurs alcooliques ou toxicomanes nient le fait d'avoir un problème, les boulimiques reconnaissent en général que leurs habitudes alimentaires sont anormales et que celles-ci constituent un problème sérieux. Deuxièmement, l'alcool et/ou les drogues ne sont pas essentiels à la survie de la personne, bien au contraire, alors que la nourriture l'est. De plus, l'alcool et/ou les drogues peuvent entraîner une dépendance physiologique réelle chez la personne alors que la nourriture ne crée généralement pas ce genre de dépendance. Finalement, les symptômes qui surviennent lorsque la personne alcoolique ou toxicomane est en état de manque ("withdrawal") n'apparaissent pas en tant que tels chez la boulimique. Tous ces facteurs peuvent entraîner des différences importantes au niveau des processus sous-jacents au maintien du désordre et à la démarche thérapeutique adoptée.

Somme toute, il nous semble que le modèle de la dépendance, bien qu'il puisse représenter adéquatement certaines composantes de la boulimie, ne permet pas d'expliquer certaines caractéristiques fondamentales qui lui sont propres, telles que le mécontentement de l'image corporelle, le désir de devenir mince et la peur de devenir obèse.

Le modèle du trouble affectif

Un nombre grandissant d'études révèlent que la dépression est fréquemment associée à la boulimie (Swift, Andrews & Barklage, 1986). Certains auteurs, notamment Pope et Hudson (1984) postulent que la boulimie est en fait une variante des troubles affectifs et

posséderait alors des propriétés et des antécédents physiologiques et génétiques semblables. Selon eux, la boulimie est une manifestation d'un trouble primaire de l'affect et les symptômes tels le gavage et la purgation sont des phénomènes secondaires. Les jeunes femmes ayant des troubles affectifs seraient alors tout particulièrement susceptibles de développer des symptômes boulimiques secondaires.

Les tenants du modèle affectif de la boulimie trouvent un certain appui dans le fait que plusieurs boulimiques et plusieurs membres de leurs familles souffrent de dépression (Hudson, Laffer & Pope, 1982; Hudson, Pope, Jonas, Laffer, Hudson & Melby, 1983), et aussi, dans le fait que certaines boulimiques réagissent favorablement aux médicaments antidépresseurs (Hudson, Laffer & Pope, 1982).

Plusieurs problèmes tendent à minimiser l'appui procuré par ces faits. Premièrement, bien que les médicaments antidépresseurs puissent alléger les symptômes dépressifs et boulimiques, certaines études ont démontré que ces mêmes médicaments peuvent les aggraver (e.g., Sabine, 1983). De plus, d'autres types de troubles qui ne sont pas de nature affective, tels que la narcolepsie, les troubles de l'attention, les arythmies ventriculaires et les troubles de panique réagissent aussi favorablement à des traitements antidépresseurs (Altshuler & Weiner, 1985). La réaction favorable aux médicaments antidépresseurs ne semble donc pas suffisante pour permettre de conclure que la boulimie est un trouble purement affectif.

Deuxièmement, les études sur les antécédents familiaux menées par Hudson, Pope et al. (1983) et Hudson, Laffer et Pope (1982), l'ont été sans groupe-contrôle de femmes "normales". Ainsi, les résultats ne permettent pas de conclure que l'incidence de troubles affectifs retrouvés au sein des familles de boulimiques est significativement plus élevée que dans les familles de jeunes femmes non boulimiques. De plus, les résultats d'une recherche de Stern, Dixon, Nemzer, Lake, Sansone, Smeltzer, Lantz et Schrier (1984), sur les antécédents familiaux d'un groupe de 27 boulimiques et de 27 personnes non-

boulimiques, révèlent que les jeunes femmes boulimiques ont plus de membres de leur famille qui ont des troubles affectifs que les jeunes femmes non-boulimiques mais que cette différence n'est pas significative.

Troisièmement, certains chercheurs intéressés à examiner plus à fond cette hypothèse se sont penchés sur la question du sommeil. Les résultats des quelques études menées dans le but de vérifier si le sommeil des boulimiques pouvait être comparable au sommeil des personnes souffrant de troubles affectifs ne permettent pas de conclure que la boulimie et les troubles affectifs sont tout à fait convergents. En effet, dans leur étude, Walsh, Goetz, Roose, Fingerth et Glassman (1985) ont comparé le sommeil de 8 anorexiques, 16 boulimiques et 14 femmes normales, tel qu'évalué par le EEG, et ont trouvé que: 1) le sommeil des boulimiques est à peu près identique à celui des personnes non-boulimiques et 2) les types de troubles du sommeil qui sont caractéristiques des personnes souffrant de dépression unipolaire ne sont pas présents chez les boulimiques. Une étude plus récente de Levy, Dixon et Schmidt (1988) a produit des résultats semblables et les chercheurs concluent que les boulimiques ont un polysomographe indifférenciable de celui des personnes normales.

À la lumière de la présentation des modèles cliniques de la boulimie, il apparaît que certains facteurs tels que les troubles de l'affect et la tendance à la dépendance puissent prédisposer une jeune femme à développer des comportements boulimiques. Bien que l'approche clinique permette de postuler que les jeunes femmes manifestant une instabilité psychologique sont plus susceptibles de devenir boulimiques, elle ne cherche pas à expliquer pourquoi ces jeunes femmes développent des comportements boulimiques plutôt que de développer d'autres types de pathologies. Les processus dynamiques internes pouvant caractériser la boulimie demeurent sous-explorés.

L'approche behaviorale, qui s'attarde aux mécanismes d'acquisition des comportements boulimiques sera maintenant présentée. Nous ferons ensuite un survol de l'approche cognitive-behaviorale, qui elle, s'attarde aux processus cognitifs caractéristiques de la personne boulimique.

APPROCHES BEHAVIORALE ET COGNITIVE-BEHAVIORIALE

L'approche behaviorale

Le modèle de l'anxiété

Rosen et Leitenberg (1982) ont proposé un modèle d'anxiété de la boulimie. Ils suggèrent que le simple fait de manger provoque chez les boulimiques, une réaction d'anxiété à cause de leur peur extrême de devenir obèses. Lorsque la personne "découvre" que le vomissement peut réduire l'anxiété ressentie, la peur de devenir obèse n'est plus suffisante pour inhiber le désir de manger. La jeune femme éprouve alors de plus en plus de difficulté à contrôler ses impulsions alimentaires et le cycle de gavage-purgation devient de plus en plus ancré. Le vomissement devient un mécanisme de renforcement négatif très puissant. Rosen et Leitenberg (1982) affirment que le comportement de purgation est central dans le développement de la boulimie. Selon eux, ce comportement serait semblable aux comportements rituels retrouvés dans l'obsessivité-compulsivité.

Leurs recherches empiriques pour vérifier cette hypothèse se sont essentiellement limitées aux résultats du traitement du cycle de gavage-purgation (e.g. Leitenberg, Gross, Peterson, & Rose, 1984). La thérapie préconisée est tirée de l'approche behaviorale et consiste à "exposer" la boulimique à la nourriture pendant une session de thérapie de façon à provoquer un épisode de gavage, puis à empêcher la boulimique d'avoir recours au vomissement jusqu'à ce que son envie de se purger disparaisse.

Le modèle révisé de l'anxiété

Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero et Veita (1985), Williamson, Prather, Goreczny, Davis et McKenzie (1989) et plus récemment, Williamson (1990), ont proposé

une version modifiée, plus complète et détaillée, du modèle d'anxiété de Rosen et Leitenberg (1982). Selon leur modèle, présenté à la Figure 1, quelques caractéristiques fondamentales (e.g., tendance à la dépression, habitudes obsessionnelles-compulsives, hypersensibilité interpersonnelle) font en sorte que certaines personnes sont susceptibles de développer des comportements boulimiques. Le fait de briser la restriction alimentaire préalablement imposée conduit au gavage. Ces excès alimentaires entraînent une peur intense de prendre du poids et conduisent à des troubles de l'image corporelle. Ces deux composantes sont alors à l'origine d'une anxiété profonde. La purgeation réduit cette anxiété, devenant un renforcement négatif puissant. La perte d'énergie suite à la purgeation mène à une privation à la fois physiologique et psychologique, laquelle conduit à des épisodes de gavage subséquents, ce qui entraîne le cycle de gavage-purgation.

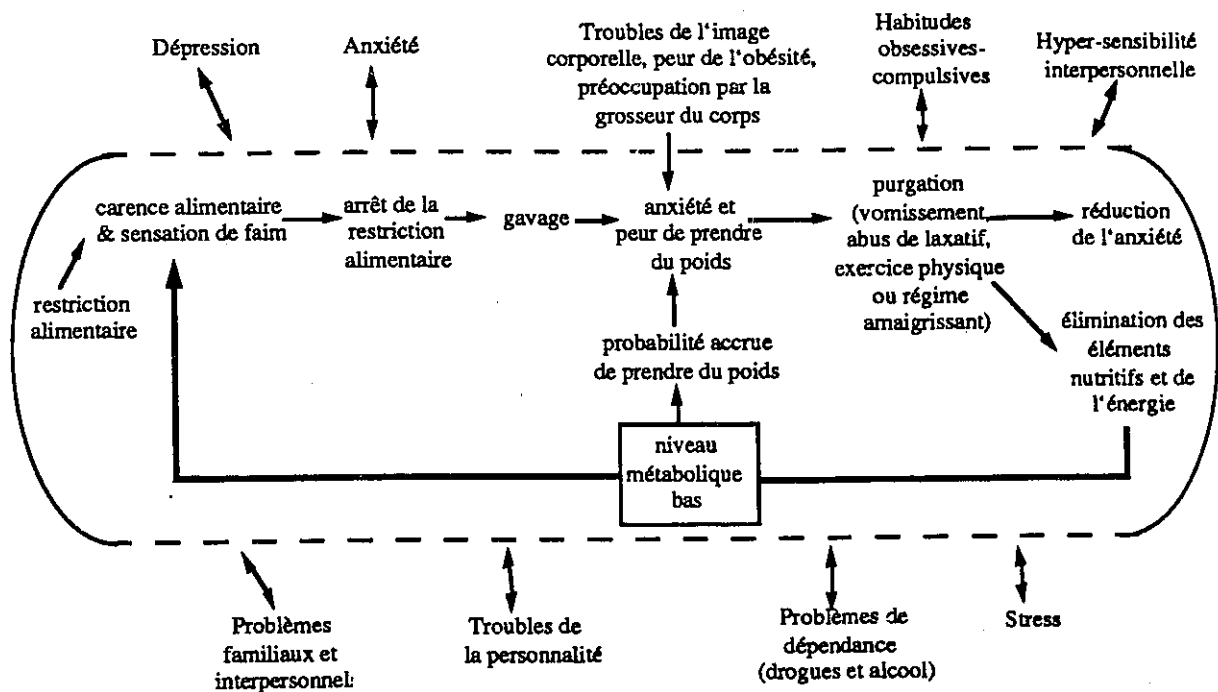


Figure 1. Modèle conceptuel de la boulimie de Williamson (1990).

Diverses recherches empiriques appuient certaines composantes du modèle. Dans une étude récente, Johnson, Farrell et Williamson (1988) ont comparé le niveau de glucose et d'insuline, le rythme cardiaque, et l'évaluation subjective d'anxiété de huit boulimiques et de huit personnes non-boulimiques. Les résultats démontrent que chez les boulimiques, le rythme cardiaque et l'évaluation subjective de l'anxiété augmentent de façon significative après avoir mangé et diminuent de façon significative après le vomissement provoqué. De plus, les taux d'insuline et de glucose diminuent significativement après le vomissement et rejoignent même le taux caractéristique d'une période de jeûne de 24 heures. Ces résultats appuient certaines composantes du modèle, plus précisément, le fait que la purgation réduit l'anxiété et élimine l'énergie et les éléments nutritifs, de telle sorte qu'après la purgation, la personne se retrouve dans un état de carence alimentaire.

Des études subséquentes où les techniques d'évaluation de l'anxiété étaient plus raffinées et nombreuses (e.g., température de la peau, électromyogramme de l'avant-bras) ont fourni des résultats semblables et ont permis aux auteurs de conclure que les boulimiques manifestent des réactions psychophysiologiques après avoir mangé, ce qui témoigne d'un accroissement de l'anxiété (Williamson, Goreczny, Davis, Ruggiero & McKenzie, 1988).

Williamson et ses collègues ont cherché à mettre à l'épreuve d'autres composantes de leur modèle. Par exemple, des études portant sur la dépression chez les boulimiques et les troubles de l'image corporelle révèlent que les boulimiques manifestent plus de symptômes dépressifs (Williamson, Prather, Upton, Davis, Ruggiero, & Van Buren, 1987) et éprouvent un plus grand mécontentement de leur corps que les personnes non-boulimiques (e.g., Williamson, Davis, Bennett, Goreczny & Gleaves, 1989; Williamson, Davis, Goreczny, & Blouin, 1989). À partir de ces résultats en accord avec plusieurs autres études semblables, Williamson, Prather, Goreczny et al. (1989) affirment qu'une portion importante de leur modèle est appuyée par les données empiriques.

Le modèle de Williamson et ses collègues est très utile pour expliquer le maintien du cycle de gavage-purgation. Par contre, le modèle n'ayant jamais été mis à l'épreuve dans son ensemble, l'appui n'est alors que partiel. Un problème fondamental qui caractérise ce modèle relève du fait qu'il ne cherche pas à rendre compte des facteurs spécifiques conduisant au développement du cycle de gavage-purgation. Le modèle fait appel à des facteurs situationnels et il inclut toute une gamme de facteurs externes qui seraient plus ou moins responsables du développement de la boulimie. La dynamique et les relations entre ces facteurs demeurent floues et obscures.

L'approche cognitive-behaviorale

En examinant les écrits, il apparaît que la perspective cognitive-behaviorale est beaucoup plus souvent associée à une approche thérapeutique qu'à une approche théorique. C'est essentiellement au niveau des écrits portant sur la thérapie cognitive-behaviorale que les composantes cognitives sous-jacentes à la boulimie peuvent être relevées. Plus récemment, certains chercheurs se sont penchés sur la composante cognitive de la boulimie en suivant une démarche plus empirique.

Les tenants de l'approche cognitive-behaviorale postulent que les attitudes et les pensées ayant trait au corps et au poids sont au coeur du maintien de la boulimie. Ces particularités cognitives, plus spécifiquement la pensée dichotomique, la surgénéralisation et les erreurs d'attribution ont été relevées par de nombreux clinicien(ne)s. Le style de pensée de la boulimique serait tel qu'il ne représenterait pas adéquatement la réalité et pourrait entraîner le genre de comportements propres aux boulimiques (Fairburn, Cooper & Cooper, 1986). Plus spécifiquement, le style de pensée pourrait entraîner une perception erronée de la réalité et pousser la jeune femme à agir en fonction de ses croyances. Dans une étude récente, Polivy, Herman, Jazwinski et Olmsted (1984) ont montré qu'après avoir

mangé de la nourriture qu'elles *croyaient* hypercalorique, les personnes au régime avaient tendance à manger beaucoup plus que les personnes qui n'étaient pas au régime. Le fait de croire que la nourriture mangée était engraisseante brisait toute restriction alimentaire préalable et entraînait un épisode d'abus.

En se référant au modèle cognitif de la dépression de Beck (1967, 1976), certains auteurs postulent alors que les distorsions cognitives telles que la surgénéralisation, l'abstraction sélective et le catastrophisme constituent la pierre angulaire de la boulimie (Fairburn, 1984; Garner, 1986; Swift & Letven, 1984). Un exemple du style de pensée de la boulimique qui a "succombé" à la tentation de manger une tablette de chocolat serait: "Mon régime est gâché, je vais devenir 'grosse'... il ne me reste qu'à me gaver, puisque je vais engraisser de toute façon".

En accord avec ces constatations cliniques, plusieurs études portant sur les facteurs cognitifs dans le maintien de la boulimie démontrent que les boulimiques ont tendance à avoir un style de pensée très rigide, perfectionniste et dichotomique, souvent appelé "style noir et blanc" (Boskind-White, & White, 1983; Garfinkel & Garner, 1982). De plus, il semble qu'elles auraient tendance à faire des erreurs de logique (Garner, 1986; Garner & Bemis, 1982, 1985) c'est-à-dire qu'elles attribuent de façon illogique certaines conséquences à certaines actions.

Malgré un appui empirique grandissant, l'hypothèse des dysfonctions cognitives sous-jacentes à la boulimie a tout de même mené à des résultats contradictoires. Lors d'une étude récente, par exemple, Goebel, Spalhoff, Schulze et Florin (1989) ont démontré que les boulimiques, comparées à un groupe contrôle, obtiennent des scores plus élevés sur une échelle mesurant les attitudes "dysfonctionnelles" et ont un style attributif dépressif. D'autre part, Strauss et Ryan (1988) n'ont trouvé aucune différence significative entre les personnes boulimiques, anorexiques et "normales" pour ce qui est des tâches mesurant la complexité conceptuelle et les erreurs cognitives.

En dépit de leur intérêt marqué pour l'aspect cognitif, les tenants de cette approche se sont essentiellement limités, d'une part, à l'étude des dysfonctions de la pensée et d'autre part, au rôle de ces dernières dans le maintien de la boulimie et dans le développement des troubles de l'image corporelle. Les causes possibles du développement de ces distorsions cognitives demeurent plutôt obscures et la question consistant à savoir si ces distorsions sont un sous-produit de la boulimie ou une cause essentielle à son développement n'a pour l'instant aucune réponse précise.

Les trois grandes approches présentées dans cette recension des écrits reflètent un certain degré de divergence dans leur conceptualisation du développement de la boulimie. Chacune procure des points de repère particuliers en mettant l'accent sur différentes composantes de la boulimie. L'approche socio-culturelle met en évidence le contexte social et l'impact des pressions exercées par la société actuelle sur les jeunes femmes. La deuxième approche, qui se veut clinique, fait ressortir la tendance à la dépendance. L'approche behaviorale, pour sa part, fait ressortir les facteurs permettant d'expliquer le maintien du cycle de gavage-purgation. La toute dernière approche considérée, qui consiste en une approche à la fois cognitive et behaviorale, s'attarde aux dysfonctions de la pensée chez la personne boulimique et signale que les processus cognitifs peuvent jouer un rôle déterminant dans le maintien de la boulimie.

Suite au survol de ces approches, nous pouvons constater qu'il existe une grande quantité de variables associées à la boulimie. Mais cette accumulation de faits nous a-t-elle permis de bien comprendre le développement de la boulimie? Parmi tous ces faits, lesquels sont vraiment déterminants? Comment organiser ces variables de façon à construire un modèle de la boulimie qui, tout en étant simple, ait une grande portée explicative?

Aucune de ces approches ne s'est attardée spécifiquement aux rôles que peuvent jouer l'image corporelle et le concept de soi dans le développement de la boulimie. En intégrant

l'image corporelle dans le cadre de la structure du soi, nous chercherons maintenant à assembler les variables jugées importantes, plus spécifiquement les croyances socio-culturelles et les taquineries antérieures, dans un modèle cohérent permettant d'expliquer le développement des comportements boulimiques. Cette intégration fera l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE 2

VERS UN MODÈLE SOCIO-COGNITIF DE LA BOULIMIE

Introduction

Les trois grandes approches présentées mettent l'accent sur l'une ou l'autre des composantes importantes qui sous-tendent le développement de la boulimie. Sans vouloir minimiser l'importance des contributions apportées par les auteurs des différents modèles théoriques, certains problèmes ont été soulevés, tels que la portée restreinte de certaines explications et le manque de parcimonie. Aussi, certains modèles sont essentiellement de nature descriptive et quoiqu'ils fournissent une heuristique importante et utile, ils incluent une très grande diversité de variables, ce qui tend à obscurcir les causes essentielles au développement de la boulimie. Il a été souligné que certains modèles ne s'attardent qu'aux facteurs externes et ne cherchent pas à expliquer les processus internes sous-jacents aux phénomènes observés.

Dans le présent chapitre, nous cherchons à intégrer les composantes importantes relevées par les trois grandes approches de façon à développer un modèle qui puisse, d'une part, identifier et expliciter le rôle de certaines variables antécédentes jugées importantes dans le développement de la boulimie, et d'autre part, qui puisse rendre compte des processus dynamiques⁷ qui sous-tendent ce développement. Plus précisément, nous

⁷ Le terme "dynamique" est utilisé pour référer à des processus qui pourraient décrire l'interaction et les forces entre les phénomènes et ne devrait pas être confondu avec le concept "psychodynamique".

voulons proposer un modèle parcimonieux qui puisse être mis à l'épreuve par l'entremise d'une démarche empirique appropriée. Tel qu'il a été soulevé, plusieurs approches et/ou modèles, quoique offrant des explications intéressantes, n'ont pas été explorés empiriquement ou encore, seulement certaines implications isolées ont été mises à l'épreuve.

Dans un premier temps, les facteurs qui nous apparaissent importants dans le développement de la boulimie seront présentés. Certaines notions touchant les structures cognitives et les processus sous-jacents au problème de la boulimie seront introduites et développées. Un sommaire de l'ensemble du modèle qui permet de situer les différentes variables et les concepts théoriques sera ensuite présenté. Puis les hypothèses principales qui découlent du modèle seront énoncées. Dans un deuxième temps, la méthode d'analyse d'équations structurales qui permettra la mise à l'épreuve des hypothèses sera brièvement expliquée, puis les implications du modèle seront représentées par l'entremise de modèles d'équations structurales.

Avant de procéder à l'élaboration du modèle conceptuel de la boulimie, il est essentiel d'énoncer les postulats qui sous-tendent notre conceptualisation et aussi de spécifier les intentions visées quant à la portée explicative de ce que nous présentons.

Premièrement, la perspective interactionniste, selon laquelle l'individu et la société sont reliés de façon inextricable et se déterminent mutuellement, est adoptée. Nous concevons alors la boulimie comme étant le produit d'une inter-relation entre la jeune femme et son environnement social. L'interprétation que fait la personne de son univers provient de sa propre représentation de ce qu'est l'objet. Cette interprétation est propre à chaque individu et non pas à l'objet lui-même. De plus, l'interprétation n'est possible que dans la mesure où la personne interagit avec cet objet. L'interaction sociale de la jeune fille au sein de sa famille, de son groupe d'ami(e)s, de son milieu scolaire et de sa culture,

constitue la toile de fond pour le développement de sa personnalité, de son concept de soi, et de son identité. Cette composante sociale, bien qu'elle ne soit pas explicitée dans l'élaboration du modèle, demeure tout de même une composante implicite à notre conceptualisation.

Deuxièmement, nous adoptons la position selon laquelle les variables sous-jacentes au trouble de la boulimie décrivent un continuum. Plusieurs chercheurs adoptent cette position et préfèrent considérer la boulimie comme étant un trouble se situant à l'extrême d'un continuum, plutôt que de le considérer comme étant une typologie. Ceci permet de situer d'autres comportements qui, même s'ils ne peuvent être classifiés sous le terme "boulimie", peuvent tout de même refléter un certain "degré" de boulimie. Ce continuum peut être représenté comme allant d'une absence de préoccupation pour le poids corporel et une alimentation normale - à un mécontentement à l'égard du poids corporel et une alimentation restreinte et modérément irrégulière - à la boulimie sévère (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1985; Striegel-Moore et al., 1986). En accord avec cette conceptualisation, Mintz & Betz (1988), dans une étude récente auprès d'un échantillon de 643 jeunes femmes, ont démontré que les comportements caractéristiques de la boulimie pouvaient se retrouver à différents degrés sur un continuum. Notre modèle conceptuel et la méthode empirique utilisée pour mettre les hypothèses à l'épreuve sont fondés sur cette prémisse.

Au niveau de la portée explicative du modèle, nous ne prétendons pas qu'il constitue un modèle théorique exhaustif qui puisse rendre compte de la complexité du phénomène à l'étude. Il consiste plutôt en une tentative d'intégration ayant pour but d'explorer empiriquement les inter-relations postulées entre certaines composantes essentielles de la boulimie.

Finalement, il importe de souligner que nous adoptons une perspective que l'on pourrait qualifier de "socio-culturelle-cognitive". Nous faisons appel d'une part aux composantes sociales et culturelles qui semblent jouer un rôle si important dans le développement de la boulimie, et d'autre part, à la composante cognitive en utilisant comme toile de fond le cadre théorique de l'étude du "soi". Ce cadre théorique a recours aux notions de "structure" du soi et aux notions d'"écarts" entre les composantes du soi. Plus précisément, nous ferons appel aux deux variables antécédentes suivantes: 1) les taquineries antérieures et 2) les croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité. Les composantes cognitives qui seront élaborées sont les notions de: 1) saillance des écarts perçus entre les sois corporels actuels et désirés, et 2) saillance des écarts perçus entre les sois corporels actuels et redoutés. Nous avancerons l'idée que le mécontentement de l'image corporelle est intimement relié aux structures susmentionnées. Finalement, le concept de bien-être psychologique sera introduit afin de nous permettre d'examiner certaines conséquences psychologiques du comportement boulimique.

FACTEURS ANTÉCÉDENTS

Les taquineries antérieures

Une expérience qui semble fréquente et commune chez les personnes boulimiques et qui pourrait constituer un facteur antérieur important dans le développement de la boulimie est celle des taquineries reçues à cause d'un aspect ou l'autre de l'image corporelle pendant l'enfance et/ou l'adolescence (Fabian & Thompson, 1989; Thompson, 1990). Dans une étude récente, Fabian & Thompson (1989) ont trouvé qu'il y avait une relation significative entre les troubles de l'alimentation et l'image corporelle, l'estime de soi, et les taquineries

antérieures. Suite aux résultats obtenus, les auteurs signalent que les taquinerie antérieures constituent une variable intéressante qui devrait être étudiée plus en détail. Malgré cette constatation, cette variable, qui est à la fois développementale, sociale, et ancrée dans l'expérience de la personne, n'a pas été étudiée de façon rigoureuse jusqu'à présent.

Les taquinerie antérieures constituent selon nous une variable qui pourrait avoir un grand intérêt théorique. Cette variable offre la possibilité de situer dans le passé une expérience tout particulièrement susceptible de développer chez une personne, une préoccupation exagérée pour l'apparence physique. Rappelons que les boulimiques portent une attention chronique et exagérée à leur image corporelle et leur apparence physique. Cette attention portée au "soi corporel" pourrait jouer un rôle important dans le développement subséquent de schèmes corporels particuliers et centraux.

Nous postulons alors que les taquinerie antérieures constituent un facteur antécédent important dans le développement de la boulimie. Comment les taquinerie antérieures pourraient-elles favoriser le développement de la boulimie? Examinons plus en détail de quelle façon cette composante sociale pourrait influencer la perception de soi chez les jeunes femmes.

L'adolescente qui se fait taquiner fréquemment à cause de son poids et/ou de son apparence, devient malgré elle très consciente de son apparence physique et de l'impact que cette dernière peut avoir au niveau de son environnement social. Les taquinerie à l'adolescence sont d'autant plus importantes qu'elles surviennent à un moment crucial du développement physique. Signalons que justement à cause des changements physiques à l'adolescence, la jeune fille peut se faire taquiner fréquemment sans qu'elle soit nécessairement très grasse. L'attention portée à l'aspect corporel du soi-même à une auto-évaluation où elle compare son image corporelle actuelle avec un standard, qui justement ne

provoquerait pas le genre de taquineries que semble provoquer son corps. Le message véhiculé par les taquineries déplaisantes et fréquentes à l'égard du corps en vient à être intériorisé, et la jeune fille développe une attitude et des sentiments négatifs pour son corps. Toute jeune, elle apprend que celui-ci peut susciter le mépris chez les autres et qu'elle devrait avoir honte de ne pas être plus mince et plus attrayante. La jeune fille qui a été taquinée pendant son enfance ou son adolescence à cause de son apparence physique pourrait alors avoir d'autant plus de chances d'évaluer constamment son corps en fonction d'un idéal quelconque.

Il est à remarquer que plusieurs boulimiques ont déjà été grasses, voire même obèses lorsqu'elles étaient enfants ou adolescentes (Halmi et al., 1981). Mitchell, Hatsukami, Eckert & Pyle (1985) rapportent que 56% des boulimiques avaient déjà été au moins 10% au-dessus de leur poids "normal" (c'est-à-dire un poids acceptable par rapport à la grandeur). Plus précisément, 33% d'entre elles avaient été entre 10 et 25% au-dessus de leur poids et 23% d'entre elles avaient été 25% au-dessus de leur poids. Fairburn & Cooper (1984) rapportent aussi que 54% des boulimiques de leur échantillon avaient été plus de 15% au-dessus de leur poids "normal". Cet état de fait donne à penser que les boulimiques pourraient avoir été taquinées plus fréquemment que les personnes non-boulimiques, possiblement à cause de leur poids.

Les croyances véhiculées par la société

Tel que souligné au chapitre précédent, l'approche socio-culturelle semble être la plus souvent évoquée pour rendre compte du phénomène de la boulimie. En effet, de nombreux chercheurs font appel à la composante socio-culturelle pour expliquer la prolifération de la boulimie dans notre société actuelle. Il est généralement accepté que les normes sociales

actuelles de la minceur et aussi, la stigmatisation de l'obésité jouent un rôle indéniable dans le développement de la boulimie (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986; Garner, Rockert, Olmsted, Johnson, & Coscina, 1985; Hawkins & Clements 1984). Malgré le fait que l'approche socio-culturelle soit en vogue et que la majorité des chercheurs reconnaissent l'importance des facteurs socio-culturels, très peu de recherches ont spécifiquement étudié l'impact de ces variables dans le développement de la boulimie. Est-ce que les croyances au sujet de la minceur entraînent chez les jeunes femmes un mécontentement de leur image corporelle tel qu'il les incite à recourir au régime amaigrissant, lequel favoriserait le développement de comportements boulimiques? Si oui, est-ce que ces croyances et le mécontentement de l'image corporelle qui les accompagne suffisent pour décrire adéquatement les conditions antédécrites à la boulimie?

Nous proposons que les croyances socio-culturelles jouent un rôle antécédent très important dans le développement de la boulimie, mais qu'elles ne sont pas suffisantes pour permettre d'en arriver à une compréhension des processus dynamiques sous-jacents. Certains facteurs médiateurs importants s'interposent entre les croyances socio-culturelles et le développement de la boulimie; ces structures et processus cognitifs nous permettraient d'aller au-delà d'une conceptualisation strictement descriptive.

FACTEURS MÉDIATEURS: STRUCTURES ET PROCESSUS COGNITIFS

Dans les recherches sur la boulimie, plusieurs auteurs font appel à la notion de concept de soi et s'entendent pour dire que les personnes boulimiques ont en général un concept de soi négatif, une estime de soi très basse et que ces deux composantes sont fortement reliées au mécontentement de l'image corporelle (Dworkin & Kerr, 1987; Pyle, Mitchell, & Eckert, 1981; Rodin et al., 1985; Striegel-Moore et al. 1986). Malgré cette

constatation, peu de chercheurs ont exploré empiriquement l'influence de l'image corporelle spécifiquement au niveau du concept de soi. De plus, à notre connaissance, très peu de recherches ont porté sur le rôle du concept de soi dans le développement de la boulimie. Les chercheurs se sont plutôt intéressés aux particularités de l'image corporelle chez la boulimique, à savoir les distorsions perceptuelles et le mécontentement de l'image corporelle (Cash & Brown, 1987). Cet état de fait est étonnant lorsque l'on considère d'une part que l'image corporelle joue un rôle essentiel au niveau de la formation du concept de soi (Fisher, 1986), lequel semble particulièrement pauvre chez la personne boulimique (Fairburn & Garner, 1988), et d'autre part que l'image corporelle semble être un élément constitutif de la boulimie (Cooper & Taylor, 1988).

Dans le présent modèle, nous postulons que le concept de soi est impliqué dans le développement de la boulimie et qu'il joue un rôle médiateur déterminant entre les variables antécédentes soulevées, soit les taquineries antérieures et les croyances socio-culturelles, et le comportement boulimique. De plus, nous proposons que pour les boulimiques, l'image corporelle constitue une facette centrale de leur concept de soi. Afin de mieux expliquer le rôle du concept de soi et de l'image corporelle, nous nous appuyons sur la perspective de l'étude du soi qui s'intéresse essentiellement au contenu et à la structure du concept de soi.

Les schèmes de soi

L'étude du soi, qui a une longue histoire (e.g., James, 1892; Rogers, 1950) en psychologie et en sociologie, a connu un essor considérable et a suscité un vif intérêt chez les chercheurs depuis les quinze dernières années. Ce regain d'intérêt pour le concept de soi relève en partie du fait que les chercheurs ont redéfini la nature du soi. En effet, le concept de soi, autrefois étudié en tant que système monolithique, est maintenant étudié en tant que système dynamique multidimensionnel. Ce soi multidimensionnel aurait un impact

considérable sur la façon dont l'individu organise, intègre et interprète l'information ayant trait au soi. Le concept de soi serait alors constitué d'un ensemble de représentations, d'images, de schèmes, de prototypes ou de théories (Markus & Wurf, 1987). Dans la même veine, plusieurs chercheurs se sont penchés sur la nature des représentations du soi, et ont récemment conceptualisé le soi en tant que *système de connaissance de soi* (Kihlstrom & Cantor, 1984). Plusieurs modèles et termes, entre autres les schèmes de soi, ont été introduits pour décrire les structures de connaissance de soi. Cette nouvelle conceptualisation a contribué à l'émergence de nouveaux instruments et méthodes d'évaluation provenant des sciences cognitives. La structure, le contenu, et les processus du concept de soi ont alors été étudiés de façon plus rigoureuse.

Dans le cadre de la perspective traitant de la structure du concept de soi, plusieurs modèles tentent de rendre compte de la nature des représentations cognitives du soi. Pour les besoins du présent travail, la notion de "schème de soi" telle que définie par Markus (1977) retient notre attention. Les schèmes de soi sont des structures formées de représentations cognitives et affectives, fondées sur des expériences sociales antérieures. Les schèmes de soi sont perçus comme étant à la fois des structures et des processus (Markus & Sentis, 1982) permettant de traiter et d'organiser l'information pertinente au domaine du schème (Markus, 1977). Un individu qui possède un ensemble de schèmes reliés à un domaine particulier est alors identifié comme étant schématique pour ce domaine alors qu'un individu qui n'en possède pas est identifié comme étant aschématique pour ce domaine. Un individu peut avoir une diversité de schèmes de soi ayant trait à différents domaines (Markus, 1977).

Les schèmes corporels

Dans une étude portant sur les schèmes de soi négatifs associés au poids corporel, Markus, Hamill et Sentis (1987) ont exploré les effets de ces schèmes au niveau du

traitement de l'information. Cette étude a été menée auprès de femmes obèses, de femmes ayant un poids corporel quelque peu au-dessus de la moyenne, et de femmes ayant un poids normal. Les femmes ayant un poids au-dessus de la moyenne et les obèses, ayant préalablement été identifiées comme étant schématiques, ont réagi plus rapidement à la présentation d'information conforme à leurs propres schèmes corporels que les femmes de poids normal, c'est-à-dire aschématiques. Les chercheurs ont ainsi démontré que les dimensions corporelles ayant trait au poids et à la forme peuvent être représentées en tant que structures cognitives.

Les résultats de cette étude soulèvent plusieurs questions intéressantes. Bien que ces structures cognitives reliées au poids se retrouvent chez les personnes ayant un excès de poids objectif, est-il possible que des structures cognitives reliées au poids excessif puissent aussi être représentées chez des personnes qui se *pensent* obèses sans toutefois l'être objectivement? C'est-à-dire, est-ce que l'on peut retrouver chez, par exemple, les boulimiques des schèmes corporels comparables à ceux que Markus et al. (1986) ont retrouvés?

Cette question a été explorée empiriquement dans une étude récente de Boyer, Girodo & Ormrod (1990). Deux groupes de jeunes femmes, un n'ayant pas, et l'autre ayant des habitudes alimentaires et des attitudes vis-à-vis de leur corps semblables à celles des boulimiques, ont participé à une étude utilisant une méthodologie similaire à celle de Markus et al. (1986). Les résultats démontrent que les jeunes femmes ayant des caractéristiques boulimiques et qui se *croient* obèses répondent plus rapidement à l'information congruente avec leurs représentations de soi corporelles que les femmes non-boulimiques.

Une approche visant à conceptualiser l'image corporelle comme étant composée d'un ensemble de schèmes cognitifs nous semble prometteuse pour l'étude du rôle de l'image corporelle dans le développement de la boulimie. En accord avec cette approche, nous

postulons la présence d'une organisation cognitive se rattachant à l'aspect corporel de la personne boulimique.

Les sois possibles

Les sois désirés / les sois redoutés

Toujours dans le cadre de la structure du concept de soi, il est généralement reconnu que les représentations du soi sont diversifiées, certaines étant par exemple, plus périphériques et d'autres plus centrales (Markus & Wurf, 1987). Aussi, certaines représentations du soi sont "possibles" plutôt qu'"actuelles" (Markus & Nurius, 1986). La notion de sois possibles n'est pas limitée à la conceptualisation d'un soi *idéal*, lequel reflète une image glorifiée du soi, mais procure plutôt des images du soi futures représentées en termes plus concrets et accessibles. Ces sois possibles peuvent être positifs ou négatifs, et peuvent provenir d'expériences antérieures, c'est-à-dire qu'ils peuvent avoir déjà été atteints à un moment donné dans le passé.

Dans la mesure où les sois possibles désirés sont poursuivis, et les sois possibles redoutés sont évités, ces sois possibles ont des propriétés au niveau affectif, comportemental et au niveau de la motivation (Markus & Nurius, 1986). Les sois possibles auraient alors un impact considérable sur le comportement de l'individu (Markus & Nurius). Il semble alors que les sois possibles pourraient posséder des caractéristiques permettant de les conceptualiser en tant que "schèmes", au même titre que le soi actuel.

Cette notion de sois possibles positifs et négatifs, lorsqu'appliquée au domaine de l'image corporelle, nous semble particulièrement intéressante pour l'étude de la boulimie. La minceur peut constituer un soi possible désiré alors que l'obésité peut représenter un soi possible redouté. Nous avançons ici l'idée que les sois possibles, influençant tout comme

les schèmes de soi actuels les perceptions et les comportements subséquents des individus (Markus & Nurius, 1986), pourraient être conçus comme ayant les mêmes propriétés que les schèmes de soi actuels.

Cette conceptualisation a été examinée récemment par l'entremise d'une étude exploratoire (Boyer, Girodo & St-Denis, 1990). Dans cette expérience, en nous servant de la même méthodologie qui a permis de vérifier la présence de schèmes corporels actuels (c.f., Boyer, Girodo & Ormrod, 1990), nous avons démontré que les sois corporels désirés et les sois corporels redoutés pouvaient avoir une influence sur la mémoire et le traitement de l'information.

Les résultats de cette étude suggèrent que les sois possibles ne sont pas de simples épiphénomènes par rapport aux structures du soi. Ils pourraient être représentés en tant que structures cognitives et processus fonctionnels en soi, ayant une influence sur la façon dont l'information qui leur est propre serait traitée. Si les sois possibles, c'est-à-dire les sois corporels désirés et les sois corporels redoutés, peuvent être conceptualisés en termes similaires aux schèmes corporels actuels, ceci permettrait une étude des relations dynamiques fonctionnelles entre ces structures. La nature de la relation entre les sois corporels possibles et les sois corporels actuels joue un rôle très important dans notre conceptualisation des facteurs médiateurs de la boulimie.

Récemment, les chercheurs dans le domaine de la boulimie ont reconnu l'importance d'étudier les perceptions de l'image corporelle idéale et de l'image corporelle redoutée chez les boulimiques (e.g., Thompson, 1990; Thompson, Penner & Altabe, 1990; Williamson, 1990). Certains d'entre eux ont commencé tout récemment à évaluer ces composantes et se sont penchés sur le mécontentement résultant de l'écart perçu entre l'image corporelle idéale et l'image corporelle actuelle. Malheureusement, ces études n'ont pas été insérées à l'intérieur d'un cadre théorique. Comme le souligne Mahoney (1990), la boulimie pourrait

être mieux comprise si les composantes de l'image corporelle étaient étudiées au sein des structures du soi.

Nous postulons que les sois corporels désirés et redoutés chez la boulimique représentent des structures cognitives importantes. Les sois corporels désirés et redoutés pourraient avoir un rôle déterminant au niveau de l'évaluation de l'*écart* pouvant exister entre ces deux sois et le soi actuel.

La notion d'écart entre les sois corporels

La notion d'écart entre le soi actuel et le soi idéal a une histoire tout aussi longue que celle du concept de soi. En 1892, James postulait que l'estime de soi était le produit du rapport entre nos prétentions et nos succès. Rogers (1950), pour sa part, affirmait qu'une personne était mésadaptée dans la mesure où son concept de soi réel et son soi idéal différaient.

Plus récemment, Duval et Wicklund (1972) ont élaboré une théorie des écarts fondée sur la notion d'attention au soi. Selon leur théorie, l'attention portée au soi favorise une prise de conscience de l'écart pouvant exister entre le soi réel et un standard quelconque, ce qui motive la personne à réduire cet écart. Par ailleurs, Carver et Scheier (1981, 1982) et Higgins (1987) ont aussi fait appel à ces notions dans leur élaboration théorique sur la façon dont les gens dirigent leurs actions. Selon le modèle de Carver et Scheier (1981, 1982), qui intègre la perspective cybernétique et l'approche de Duval et Wicklund (1972), la personne porte attention à un aspect quelconque du soi, compare son soi actuel à un standard, et cherche à réduire l'écart entre son état et un état souhaitable ou désirable. Ce modèle d'auto-régulation du comportement est constitué d'une hiérarchie inter-reliée de systèmes de contrôle ayant divers niveaux d'abstraction. Le modèle des écarts du soi de Higgins (1987) postule que différents types d'écarts entraînent différentes réactions

affectives négatives. Plus précisément, un écart entre le soi actuel et le soi idéal résulte en des sentiments de tristesse et de désapointement alors qu'un écart entre le soi actuel et le soi "devrait" ("ought self") résulte en des sentiments tels que l'angoisse ou l'anxiété.

Chacune de ces théories s'intéresse à différents processus sous-jacents à l'évaluation de l'écart entre le soi actuel et le soi idéal et postulent différentes conséquences de cet écart. Dans l'ensemble, toutefois, les auteurs de ces théories s'entendent pour dire qu'un écart perçu entre le soi réel et le soi idéal a des conséquences affectives négatives.

Dans notre modèle conceptuel, nous postulons la présence de sois corporels actuels et de sois corporels désirés. Ces derniers constitueraient le critère d'évaluation à partir duquel la boulimique pourrait juger de l'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés. L'ampleur de l'écart perçu jouerait un rôle important au niveau de l'état émotionnel de la personne. Plus il y aurait d'écart entre les deux, plus l'émotion négative serait grande. Ceci inciterait la boulimique à vouloir réduire cet écart.

La relation entre le soi actuel et le soi indésirable semble en être une qui est importante, mais qui a souvent été négligée dans les écrits théoriques (Ogilvie, 1987). Nous voulons introduire la notion d'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels redoutés et avancer l'idée que cet écart aussi jouerait un rôle au niveau de l'état émotionnel de la boulimique. Plus l'écart entre les deux serait petit, plus l'émotion négative serait grande. Dans ces conditions, la boulimique serait motivée à tenter d'augmenter cet écart.

La notion de saillance des écarts

La conceptualisation généralement implicite aux concepts d'écarts tels que formulés par Duval et Wicklund (1972) et Carver et Scheier (1981, 1982) est que la personne qui porte une attention particulière à un écart tentera habituellement de le réduire, à moins que

l'écart⁸ soit perçu comme étant trop grand et que la personne décide d'abandonner le critère ou l'idéal.

Nous avons avancé l'idée que le domaine corporel est central à la définition du concept de soi chez la personne boulimique, et qu'il pourrait y avoir des écarts entre les sois actuels et les sois désirés/redoutés. Or, le fait de présupposer qu'un domaine est central et qu'il y a un écart entre les sois actuels et désirés/redoutés ne semble pas suffisant pour nous permettre de bien comprendre les propriétés motivationnelles et affectives de cet écart. Par ailleurs, s'il est possible de savoir dans quelle mesure ces désirs sont véritablement convoités et ces craintes sont fortes ou véhémentes, il semble que nous pourrions accéder à une composante motivationnelle importante. Nous proposons que l'écart entre les sois actuels et désirés/redoutés, *et* la véhémence du désir/de la crainte devraient être considérés *ensemble* pour en arriver à une compréhension plus significative de l'aspect affectif et/ou motivationnel (le besoin de réduire l'écart).

Dans le modèle conceptuel de la boulimie, nous introduisons le concept de "*saillance de l'écart*". Cette notion diffère du concept de "Self-awareness" avancée par Carver & Scheier (1981, 1982) et de celle de "Saliency" avancée par Higgins (1987). Elle réfère à la prééminence de l'écart, c'est-à-dire à l'importance que l'on peut accorder à l'écart pouvant exister entre les sois actuels et les sois désirés/redoutés. Afin de pouvoir obtenir un indice de ce concept, nous avons développé deux équations⁹ qui incorporent les deux

⁸ Il est important de signaler qu'un écart peut exister par le simple fait qu'il y ait une distance quelconque qui les sépare, sans pour autant que le standard soit excessivement élevé, ou encore, que le soi actuel soit inexact.

⁹ Ces deux formules ont été développées dans le but de procurer un indice de la notion de saillance des écarts. Elles permettent d'intégrer les composantes d'écart et de véhémence du désir de telle sorte que plus le score est élevé, plus la Saillance des écarts est élevée. Il est important de signaler que les deux formules ne peuvent être identiques étant donné que dans le cas des Saillances d'écarts élevées pour les sois désirés, on s'attend à un grand écart et une véhémence du désir élevée alors que dans le cas des Saillances d'écarts élevées pour les sois redoutés, on s'attend à un petit écart et une véhémence de la crainte élevée. Il n'y a pas de justification purement théorique pour expliquer l'élaboration de ces

composantes déjà mentionnées. La formule 1.0 a été développée pour mesurer la saillance de l'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés.

$$\text{Saillance des écarts entre le sois corporels actuels et désirés} = Vd * [1 + (Sa - Sd)] \quad (1.0)$$

où Vd = Véhémence du désir de devenir mince
 Sa = sois corporels actuels
 Sd = sois corporels désirés

Selon cette formule, plus la véhémence du désir de devenir mince est grande, et plus l'écart perçu entre les sois corporels actuels et désirés est grand, plus la **saillance** des écarts est grande.

La formule 2.0 a été développée pour mesurer la saillance de l'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels redoutés.

$$\text{Saillance des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés} = \frac{Vc}{1 + (Sr - Sa)} \quad (2.0)$$

où Vc = Véhémence de la crainte de devenir obèse
 Sr = sois corporels redoutés
 Sa = sois corporels actuels

Selon cette formule, plus la véhémence de la crainte de devenir obèse est grande, et plus l'écart perçu entre les sois corporels actuels et redoutés est petit, plus la **saillance** des écarts est grande.

formules; elles ont été développées de façon rationnelle pour des raisons pragmatiques, c'est-à-dire pour permettre de considérer les Saillances d'une façon comparable conceptuellement. Ceci étant dit, il se peut qu'il existe des différences au niveau de la mécanique des formules, et ce, pour les cas extrêmes d'écarts et de véhémence; en effet, il est possible que le rôle de la véhémence soit plus grand pour le cas des sois corporels redoutés. Nous devons alors examiner si ce biais a une influence quelconque sur les résultats du modèle d'équations structurales.

Nous postulons que les Saillances des écarts, à la fois pour les sois désirés et redoutés, constituent les processus médiateurs entre les variables antécédentes, soit les taquineries antérieures et les croyances socio-culturelles, et le développement des comportements boulimiques. Nous postulons aussi que le mécontentement de l'image corporelle, le sentiment d'être "grosse" et les évaluations négatives du corps en général, proviennent de ces Saillances d'écarts.

Le souci corporel

Tel que mentionné au chapitre précédent, le mécontentement de l'image corporelle semble être un phénomène très répandu chez les jeunes femmes. Le mécontentement en tant que tel, qui reflète un affect négatif, ne permet pas de distinguer les boulimiques des jeunes femmes qui sont au régime ou qui restreignent leur alimentation. L'origine de ce mécontentement demeure selon nous sous-explorée.

Nous postulons que ce sont les Saillances des écarts, en tant que processus cognitifs, qui entraînent un affect négatif, soit le mécontentement de l'image corporelle. Ce serait alors au niveau de ces facteurs médiateurs que la boulimique se distinguerait des autres jeunes femmes. Le mécontentement de l'image corporelle, en tant que tel, ne mènerait pas nécessairement aux comportements boulimiques.

Étant donné l'aspect multidimensionnel des troubles de l'image corporelle, nous introduisons la variable "*souci corporel*" plutôt que d'utiliser le terme "mécontentement de l'image corporelle". Le souci corporel, tel que nous le concevons, comprend à la fois le mécontentement, la préoccupation pour l'image corporelle négative et le sentiment d'être "grosse". Nous voyons cette variable comme étant une conséquence affective des Saillances de l'écart perçu entre les sois corporels actuels et désirés/redoutés. Ces deux variables, soit les Saillances des écarts et le souci corporel, sembleraient rattachées au

même fait ou expérience psychologique: le premier décrivant la structure de ce phénomène, le deuxième étant le résultat de leur présence.

FACTEURS CONSÉQUENTS

Les comportements boulimiques

Selon le modèle que nous avançons, la jeune femme pour qui les écarts entre les sois corporels actuels et désirés, et entre les sois corporels actuels et redoutés sont saillants, serait motivée à réduire et/ou augmenter ces écarts, respectivement. Pour ce, elle s'imposerait une restriction alimentaire très sévère. Tel que déjà souligné, la restriction alimentaire peut entraîner des conséquences néfastes telles les épisodes de gavage, et peut contribuer au développement d'habitudes alimentaires aberrantes.

Le Bien-être psychologique

La qualité de vie et le bien-être de la boulimique sont grandement affectés par ce trouble. Selon nous, outre les conséquences physiques potentiellement néfastes, les comportements boulimiques, plus précisément le gavage et la purgation, ne constitueraient pas un "problème" en soi si la boulimique pouvait décider de manifester ces comportements à volonté et si elle ne ressentait aucune séquelle psychologique. Toutefois, le fait est qu'elle éprouve généralement des sentiments de perte de contrôle et d'impuissance lorsqu'elle commence à se gaver. De plus, elle a l'impression de ne pas pouvoir s'empêcher de se faire vomir, et que ses comportements sont "plus forts qu'elle". Aussi, ce sont les émotions négatives qui résultent de ces cycles de gavage-purgation qui font en sorte que la boulimie constitue un problème psycho-pathologique sérieux. Les sentiments d'auto-dépréciation, la culpabilité, l'anxiété deviennent de plus en plus envahissants. Puis

l'estime de soi de la personne qui manifeste des comportements qu'elle même considère anormaux, (plusieurs boulimiques éprouvent du dédain à l'idée même de vomir (Rosen, 1990)) diminue considérablement et l'état dépressif semble s'accroître au fil du développement de la boulimie (Hinz & Williamson, 1987). Finalement, le fait de passer des heures à se gaver, à se purger, à être préoccupée par son image corporelle et par la nourriture, le fait de craindre constamment de prendre du poids, et le fait de toujours vouloir maigrir, font en sorte que tous les aspects de la vie de la personne boulimique sont affectés.

Il nous apparaît alors essentiel d'inclure une composante qui permet de représenter cet aspect psychologique dans notre modèle conceptuel. Pour les besoins du présent travail, nous utiliserons le terme "*bien-être psychologique*" pour référer à une série de conséquences affectives pouvant accompagner la boulimie. Plus précisément, le Bien-être psychologique consiste en une représentation de l'état dépressif ou non de la personne, de son estime de soi et finalement, de l'évaluation subjective de sa satisfaction de vie.

Dans notre modèle conceptuel, nous postulons qu'un bien-être psychologique négatif est une conséquence directe des comportements boulimiques. La dépression, la faible estime de soi et le peu de satisfaction de vie résultent alors de ces comportements aberrants et deviennent concomitants avec la boulimie.

SOMMAIRE ET HYPOTHÈSES

Sommaire

Le cadre théorique qui conceptualise le soi en tant qu'objet de connaissance (Kihlstrom & Cantor, 1984) a constitué la toile de fond de notre élaboration conceptuelle de

la boulimie. L'intégration du présent chapitre a été effectuée en empruntant aux modèles théoriques proposés par Duval et Wicklund (1972) ainsi que Carver et Scheier (1982), les notions de soi actuel, de soi idéal et d'écart entre ces deux structures. Nous avons aussi emprunté aux modèles de Markus (1977) et de Markus & Nurius (1986) les concepts théoriques de schèmes de soi et de sois possibles. À partir de ces notions, certaines conceptions théoriques ont été élaborées.

Les sois actuels et possibles ont été définis en terme de structures cognitives élaborées à partir d'expériences antérieures. La notion de sois "possibles" a été introduite, ce qui a permis: a) de conceptualiser le soi idéal en termes plus spécifiques, par l'entremise du concept de *sois désirés*, ce dernier servant de stantard de comparaison avec les *sois actuels*; et b) d'introduire la notion de *sois redoutés* en tant que standard de comparaison. Les notions d'*écart* perçu entre les sois actuels et les sois désirés, et d'*écart* perçu entre les sois actuels et les sois redoutés ont été introduites et insérées au modèle de la boulimie. La notion de *saillance* pour ce qui est des deux types d'écarts a été développée et définie.

Partant de ces notions, nous postulons que les taquineries antérieures, les croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité sont des facteurs qui favorisent le développement de sois corporels négatifs et le développement de sois désirés et redoutés. La personne évaluerait l'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés. De la même façon, elle évaluerait l'écart entre les sois corporels actuels et les sois corporels redoutés. Dans la mesure où les écarts sont saillants pour la personne, des conséquences affectives négatives résulteraient de ces évaluations. La personne éprouverait un souci corporel, soit un mécontentement, une préoccupation par l'image corporelle et des sentiments d'être trop grosse. Aussi, la personne chercherait à modifier ces écarts, ce qui risquerait d'entraîner une restriction alimentaire et des comportements boulimiques. La Saillance des écarts, à la fois pour les sois désirés et redoutés, constituerait alors des processus médiateurs importants entre les variables antécédentes, soit les taquineries

antérieures et les croyances socio-culturelles, et le développement de comportements boulimiques. Finalement, les comportements boulimiques affecteraient directement le Bien-être psychologique de la personne, plus précisément, ils réduiraient l'estime de soi, augmenteraient les symptômes dépressifs et réduiraient la satisfaction de vie.

Hypothèses

Relations simples

1. À partir de mesures adéquates, pour évaluer les Taquineries antérieures, il y aura une relation positive entre celles-ci et les Comportements boulimiques.
2. À partir de mesures adéquates pour évaluer les Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité, il y aura une relation positive entre celles-ci et les Comportements boulimiques.
3. À partir d'un indice adéquat pour évaluer les Saillances des écarts, il y aura une relation positive entre ces variables et les Comportements boulimiques.
4. Compte tenu de notre conclusion que les Saillances des écarts et le Souci corporel ont trait au même fait ou expérience psychologique, nous émettons l'hypothèse que ces deux variables seront positivement reliées.

Relations médiatrices et causales

Nous postulons que chaque variable mentionnée ci-haut sera antécédente aux comportements boulimiques; de plus, nous postulons certaines relations causales et dynamiques entre ces variables.

5. À la lumière des présupposés et des prédictions qui découlent de l'hypothèse 4 selon laquelle les Saillances des écarts et le Souci corporel seront corrélés, nous émettons l'hypothèse que seules les Saillances des écarts seront *suffisantes* pour conduire aux Comportements Boulimiques.
6. Nous émettons l'hypothèse que le Bien-être psychologique sera directement et négativement influencé par les Comportements boulimiques.

Les concepts que nous avons élaborés dans le présent chapitre, ont été introduits en tant que variables antécédentes ou conséquentes ayant une relation directe ou indirecte avec les comportements boulimiques. Ces relations¹⁰ sont illustrées à la Figure 2.

7. Nous émettons l'hypothèse que les variables présentées dans ce modèle ainsi que toutes les relations de causalité entre elles, pourront adéquatement rendre compte des covariances entre ces variables.

À la Figure 2, les variables Taquineries antérieures et Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité sont reliées aux Saillances des Écarts entre les sois corporels actuels/désirés et aux Saillances des écarts entre les sois corporels actuels/redoutés. Ces deux dernières conduisent ensuite au Souci corporel, aux Comportements boulimiques et au Bien-être psychologique. Il est important de signaler qu'étant donné les relations de causalité entre les Saillances des écarts et les Comportements boulimiques, le modèle exclut délibérément une relation de causalité entre le Souci corporel et les Comportements boulimiques (une telle relation ne serait pas significative si elle était introduite). Ceci est en accord avec ce qui est prédit à l'hypothèse 5.

¹⁰ Notons que les relations de causalité entre les variables sont représentées par des flèches allant de gauche à droite; la relation à double flèche représente une corrélation. Une boîte encadre les deux variables Saillance des écarts afin de souligner leur rôle médiateur, mais aussi afin de rappeler qu'elles consistent en des processus cognitifs mesurés par l'entremise d'un indice (lequel provient des formules développées). Signalons que nous postulons une corrélation entre les erreurs des Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et redoutés, étant donné la façon dont elles sont calculées (c'est-à-dire que toutes deux utilisent la même valeur pour les sois corporels actuels).



Figure 2. Modèle d'équations structurales représentant le modèle conceptuel proposé.

Dans notre élaboration conceptuelle, nous n'avons pas posé la question de savoir laquelle des Saillances des écarts a le plus grand impact sur le développement de comportements boulimiques. Nous avons proposé implicitement que les deux types de Saillances des écarts ont une relation directe avec les comportements boulimiques. La démarche empirique nous permettra de vérifier et de préciser cette portion du modèle.

Les hypothèses énoncées ci-haut seront essentiellement vérifiées par l'entremise de données provenant de questionnaire auto-évaluatifs, lesquelles seront analysées par la méthode d'analyse d'équations structurales. L'analyse d'équations structurales vise à expliquer la relation entre les variables, laquelle est représentée par les *covariances* entre ces variables. On entend par covariances, le produit de la déviation d'une variable de sa moyenne et la déviation d'une autre variable de sa moyenne. Une brève description de cette méthode sera maintenant présentée.

MÉTHODE D'ANALYSE D'ÉQUATIONS STRUCTURALES

La méthode d'analyses d'équations structurales, qui fusionne en quelque sorte la logique de l'analyse de sentiers ("path analysis") et de l'analyse factorielle (Bentler, 1980), constitue une technique d'analyse de données très puissante qui permet de mettre à l'épreuve un modèle en tenant compte de l'ensemble des relations postulées entre chacune des variables. Cette technique permet aussi de clarifier certains aspects d'un modèle qui pourraient être ambigus et offre la possibilité de comparer divers modèles entre eux. Par l'entremise de l'analyse d'équations structurales, nous nous proposons de mettre à l'épreuve le modèle représentant l'approche socio-culturelle de la boulimie. Nous allons aussi vérifier les hypothèses découlant du modèle conceptuel élaboré dans le présent chapitre.

Plusieurs raisons justifient le choix de cette méthode d'analyse. Premièrement, l'analyse d'équations structurales permet l'étude de concepts théoriques qui ne peuvent être mesurés directement. Les concepts théoriques, ou variables "latentes", sont mesurés indirectement par l'entremise d'items mesurables tels que des réponses obtenues à des questionnaires. Ces variables latentes ne sont alors pas influencées par les erreurs propres aux variables mesurées et la nature du concept théorique peut être représentée plus justement. Deuxièmement, tel que mentionné, cette technique permet de tenir compte simultanément de l'ensemble des inter-relations postulées entre chacune des variables latentes. Les différentes influences exercées par les variables peuvent alors être étudiées dans leur ensemble plutôt que séparément. Troisièmement, cette méthode exige que le modèle théorique soit suffisamment élaboré pour permettre une représentation adéquate et justifiée des relations entre les concepts théoriques. Aussi, les variables qui mesurent les

concepts théoriques doivent être clairement définies. Or, le modèle conceptuel de la boulimie postule la présence de certains concepts théoriques précis et postule des relations spécifiques entre ces concepts. La méthode d'analyse d'équations structurales, qui est de nature essentiellement confirmatoire, nous semble alors des plus appropriée puisqu'elle permet de vérifier de telles hypothèses.

Précisions terminologiques

La méthode d'analyse d'équations structurales fait appel à une terminologie assez particulière. Il importe d'expliquer cette terminologie afin d'en arriver à un consensus au niveau des termes utilisés dans le présent travail de recherche.

Le terme *variable latente* réfère à un concept théorique qui ne peut être mesuré qu'indirectement par l'entremise de *variables mesurées* ou *observées*. Par convention, lorsque les structures factorielles ou les modèles structuraux sont illustrés, les variables mesurées sont représentées par des rectangles alors que les variables latentes sont représentées par des cercles. Aussi, les flèches à unidirectionnelles représentent des effets de régression entre les variables alors que les flèches courbées à double sens représentent des corrélations entre les variables latentes.

Le terme *variable latente exogène* est utilisé pour identifier les variables qui influencent les autres variables latentes. Il s'agit en quelque sorte d'une variable indépendante. Le terme *variable latente endogène* réfère à la variable directement ou indirectement influencée par la variable exogène, il s'agit alors de la variable dépendante.

La structure qui provient des variables mesurées et qui est propre aux variables latentes est appelée *modèle de mesure*. Plus précisément, le modèle de mesure consiste en un ensemble de modèles d'analyses factorielles confirmatoires qui représente la structure

des variables exogènes et/ou des variables endogènes. La structure qui relie les variables latentes entre elles (exogènes et endogènes) est appelée *modèle structural*.

Pour que les paramètres d'un modèle de mesure et/ou d'un modèle structural soient *estimés*, il est essentiel que le modèle en question soit identifié. Si le modèle n'est pas identifié, un ensemble infini de paramètres pourrait être généré à partir des mêmes données. *L'identification* doit se faire par l'entremise de restrictions imposées à certains éléments du modèle.

Lorsqu'un modèle est mis à l'épreuve, qu'il s'agisse d'un simple modèle d'analyse factorielle confirmatoire, d'un modèle de mesure ou d'un modèle structural, il est nécessaire d'avoir recours à différents *indices* pour pouvoir déterminer si la structure postulée correspond adéquatement à la structure qui sous-tend les données. En effet, le test de signification du chi-carré n'est généralement pas suffisant en soi pour accepter ou rejeter un modèle postulé. Les différents indices et leur utilité, de même que certains autres termes utilisés, seront davantage expliqués aux sections appropriées.

Deux études empiriques feront l'objet des chapitres 3 et 4. Le but de la première étude est de développer et de valider les instruments nécessaires à l'évaluation de certaines variables introduites dans le modèle conceptuel. La deuxième étude vise spécifiquement à mettre les hypothèses à l'épreuve. Dans cette étude, une première partie visera à mettre les Hypothèses 1 à 4 à l'épreuve, alors qu'une deuxième partie s'attardera à la vérification des Hypothèses 5 à 7.

CHAPITRE 3

ÉTUDE 1: DÉVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS

Introduction

Le modèle conceptuel élaboré au Chapitre 2 fait appel à certains concepts théoriques très spécifiques. Afin de pouvoir mettre le modèle d'équations structurales découlant de ce modèle à l'épreuve, il est essentiel que les instruments de mesure reflètent adéquatement les variables latentes, c'est-à-dire les concepts théoriques proposés, et qu'ils démontrent des caractéristiques psychométriques acceptables (Bentler, 1978). Cette première étude a été menée dans le but de valider les instruments développés pour représenter les variables latentes à l'étude. Plus précisément, le premier objectif était de développer et de raffiner quatre instruments, et ce, par l'entremise d'une vérification de la structure factorielle et de la cohérence interne. Un deuxième objectif était d'en vérifier la validité discriminante ainsi que la fidélité test-retest. Cette étude permet entre autres d'en arriver à des instruments de mesure qui répondent à des critères adéquats de validité et de fidélité et elle constitue la première étape dans vérification du modèle conceptuel de la boulimie. Il est important de signaler que les données et les statistiques présentées dans ce chapitre auront seulement trait à l'examen des propriétés psychométriques pertinentes. La vérification des hypothèses émises au chapitre précédent sera effectuée à l'étude rapportée au Chapitre 4.

Les concepts théoriques déjà élaborés ne peuvent être observés directement. Toutefois, ils peuvent être évalués par l'entremise de variables "observables" et "mesurables". Les réponses obtenues à des questionnaires appropriés, par exemple, peuvent être utilisées pour mesurer indirectement ces concepts théoriques. Certains concepts présentés au Chapitre 2 peuvent être mesurés à l'aide d'instruments déjà développés et validés. Par exemple, le comportement boulimique peut être évalué à partir d'un nombre considérable de questionnaires déjà existants. De même, le bien-être psychologique, tel que défini au Chapitre 2, pourrait être évalué par l'entremise de questionnaires portant sur les symptômes dépressifs, la satisfaction de vie, et l'estime de soi.

Par contre, certaines variables introduites dans le modèle conceptuel nécessitent la construction et la validation de nouveaux instruments de mesure. Très peu d'instruments ont été développés dans le but de mesurer les taquinerie antérieures. À notre connaissance, il n'en existe qu'un seul, soit le questionnaire "Teasing Assessment Scale" de Cooper (1990), qui vise à mesurer des expériences plus ou moins reliées au concept "Taquinerie antérieures" tel que représenté dans le modèle conceptuel. Aussi, il n'existe à notre connaissance aucun instrument permettant de mesurer spécifiquement les croyances au sujet de la minceur et de l'obésité. Finalement, la notion de saillance des écarts, étant nouvellement introduite, nécessite la construction d'instruments de mesure nouveaux.

En tout, quatre instruments ont été développés, un premier portant sur les taquinerie antérieures, un deuxième mesurant les croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité, et deux autres permettant d'obtenir des mesures de saillance pour les écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés et redoutés. Ces instruments proviennent d'une élaboration d'items visant à mesurer un ensemble de comportements, de sentiments ou d'attitudes propres aux concepts proposés dans le modèle conceptuel.

Au niveau de la structure factorielle, le questionnaire portant sur les taquineries antérieures devrait être constitué de facteurs qui refléteraient les aspects importants de l'expérience d'être taquinée. Le questionnaire portant sur les croyances devrait être constitué de deux facteurs, reflétant d'une part les croyances au sujet de la minceur et d'autre part, les croyances au sujet de l'obésité. Les hypothèses suivantes, pour ce qui est de la validité discriminante des instruments, ont été émises. Les versions finales des questionnaires "Taquineries antérieures" et "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité" devraient discriminer entre le groupe "À tendance boulimique¹¹" et le groupe "Non-boulimique". Plus précisément, le groupe "À tendance boulimique" devrait obtenir des scores totaux plus élevés que le groupe "Non-boulimique", pour chacun de ces questionnaires. Au niveau du troisième instrument, le groupe "À tendance boulimique" devrait obtenir des scores plus élevés pour les échelles "Véhémence du désir" et "Véhémence de la crainte" que le groupe "Non-boulimique". Aussi, les écarts perçus entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés (forme et poids) devraient être plus grands pour le groupe "À tendance boulimique" que pour le groupe "Non-boulimique". Les écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels redoutés (forme et poids) devraient être plus petits pour le groupe "À tendance boulimique" que pour le groupe "Non-boulimique". Pour le groupe "À tendance boulimique", les scores de saillance devraient être plus élevés à la fois pour les écarts entre les sois corporels actuel/désirés et pour les écarts entre les sois corporels actuel/redoutés. Finalement, étant donné l'importance des notions de saillance, la validité de construit de ces mesures sera vérifiée par l'entremise de corrélations entre chacun des quatre scores et le score obtenu sur le BULIT. Les corrélations devraient être significatives et positives pour chacune de ces variables.

¹¹ Le terme "personnes à tendance boulimique" réfère à des jeunes femmes qui possèdent des caractéristiques boulimiques plus ou moins prononcées; il ne réfère pas à la susceptibilité de devenir boulimique.

La validation des instruments de mesure en question a nécessité trois étapes: 1) le développement d'une version préliminaire et pré-test auprès d'un groupe d'étudiantes graduées; 2) la préparation de la version expérimentale des questionnaires et administration auprès d'un échantillon de la population étudiante visée; examen de la structure factorielle, évaluation de la cohérence interne et analyse de la validité discriminante; 3) l'analyse de la fidélité test-retest.

Méthode

Sujets

Le questionnaire contenant les trois nouveaux instruments de mesure ainsi que les échelles pour le souci corporel, le comportement boulimique et le bien-être psychologique a été administré à 209 étudiantes¹² pré-diplômées inscrites à un cours d'introduction à la psychologie offert en anglais (trois classes en tout). Parmi les sujets ayant répondu au questionnaire lors de cette première étape, 81 ont participé à la deuxième étape de cette étude (deux classes), qui consistait à vérifier la fidélité test-retest des trois instruments de mesure.

¹² La population universitaire féminine semble appropriée pour les besoins de la présente recherche. En effet, cette population est très fréquemment choisie pour des études portant sur les troubles de l'alimentation à cause de la fréquence élevée des comportements boulimiques. Une étude récente comportant 643 sujets féminins révèle que même si seulement 3% d'entre elles pouvaient être considérées comme étant boulimiques, 61% pouvaient être classifiées comme possédant un aspect quelconque des comportements boulimiques (Mintz & Betz, 1988).

Instruments

"Comportements boulimiques". Le "Bulimia Test" (BULIT) de Smith et Thelen (1984) a été utilisé pour mesurer les comportements boulimiques tels que définis par le DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Ce questionnaire à choix multiples a été développé en grande partie dans le but d'identifier les individus boulimiques dans une population générale (Smith & Thelen, 1984). Les questions ont trait au gavage, à la purgation, aux sentiments négatifs, et aux fluctuations de poids. Les auteurs recommandent un score de 88 ou plus comme point de coupure pour identifier les personnes "boulimiques". (Le BULIT est présenté à l'Annexe 1-A, items 11 à 44).

Le BULIT est fréquemment utilisé comme outil de dépistage (e.g., Coovert, Thompson & Kinder, 1988; Thompson, & Psaltis, 1988; Williamson, Davis, Bennett, Goreczny & Gleaves, 1989). Il démontre en général de très bonnes caractéristiques psychométriques. Dans une étude de validation croisée, Smith et Thelen (1984) rapportent un coefficient de validité prédictive élevé ($r = .82$), obtenu à partir d'une corrélation entre le score total du questionnaire et l'appartenance au groupe (boulimique, selon un diagnostic clinique, vs. non-boulimique). Le coefficient de fidélité test-retest (à un intervalle de trois semaines) est aussi très élevé, soit .87. Au niveau de la validité du construit, le BULIT est positivement corrélé avec différents instruments visant à évaluer le comportement boulimique. La corrélation entre le BULIT et le "Eating Attitudes Test" de Garner et Garfinkel (1979), lequel mesure un ensemble de comportements reliés à l'anorexie nerveuse, est de .68, ce qui indique que les deux instruments touchent à des concepts qui se chevauchent mais qui ne sont pas identiques. Lorsque comparé avec l'échelle de comportement boulimique du "Eating Attitudes Test" de Garner et Garfinkel (1979), qui a été construite pour refléter les critères de boulimie du DSM-III (American Psychiatric

Association, 1980), le BULIT semble mesurer des symptômes qui sont associés au syndrome de la boulimie, étant donné la corrélation très élevée de .93. Williamson, Prather, Upton, Davis, Ruggiero et Van Buren (1987) rapportent une corrélation positive entre le score total du BULIT et les fréquences de gavage et de purgation, ces dernières étant obtenues par l'entremise d'une période "d'auto-surveillance" de deux semaines. Dans une autre étude, menée par Williamson, Prather, Goreczny, Davis et McKenzie (1989), le BULIT permet de différencier un groupe de boulimiques d'un groupe de personnes non-boulimiques et permet aussi de différencier les boulimiques des anorexiques et des obèses. Dans une étude récente visant à vérifier la fidélité et la validité discriminante de trois instruments mesurant le comportement boulimique, Welch et Hall (1989) concluent que le BULIT est un instrument démontrant une fidélité adéquate ($r = .85$) et possédant une cohérence interne très élevée (Alpha = .88). Dans une étude portant exclusivement sur le BULIT, Wertheim (1989) rapporte des corrélations items-total corrigées très élevées pour un échantillon comprenant 258 étudiantes universitaires et 228 jeunes femmes boulimiques. Elle rapporte aussi un coefficient de cohérence interne très élevé (Alpha = .98). Le BULIT semble donc être un instrument ayant des propriétés psychométriques adéquates et permet l'identification des cas de boulimiques ou de personnes "à tendance boulimique" dans la population générale (Williamson, 1990).

L'indice de masse corporelle (IMC) (Santé et Bien-Être Social, 1987) est une mesure qui situe la masse corporelle d'une personne, c'est-à-dire la relation entre le poids et la grandeur, par rapport au critère de santé physique. Le IMC peut se situer dans l'une des quatre catégories suivantes: 1) *Maigreur*: si le IMC est sous 19; 2) *Poids santé*: si le IMC se trouve entre 20 et 25; 3) *Embonpoint*: si le IMC se situe entre 26 et 27; et 4) *Danger pour la santé*: si le IMC se situe au delà de 28. Le IMC vise plus particulièrement les femmes et les hommes âgés de 20 à 65 ans. Cette mesure est très souvent utilisée pour les

études portant sur les troubles de l'alimentation (e.g. Crandall, 1988; Davis, Fox, Cowles, Hastings & Schwass, 1990; Jansen, Van Den Hout & Griez, 1990; Wardle & Foley, 1989). Cet indice permet de distinguer les personnes ayant un poids corporel "normal" des personnes ayant un poids trop élevé ou trop faible pour leur grandeur. Cette mesure semble donc appropriée pour la présente étude, puisqu'elle permet de déceler les personnes qui auraient ou bien une tendance anorexique, ou bien une tendance à être obèse. Étant donné les buts de la présente recherche, nous voulons exclure ces deux types de troubles de l'alimentation, afin d'obtenir un échantillon plus homogène.

Les quatre instruments de mesure qui suivent ont été développés par deux personnes, soit l'auteure et un professeur universitaire ayant fait de la recherche dans le domaine de la boulimie.

1. "Taquineries antérieures". Les items de ce questionnaire ont été inspirés du "Teasing Assessment Scale" de Thompson (1990). Les énoncés ont été élaborés dans le but de toucher à toute une gamme d'expériences possibles au sujet des taquineries au sujet du corps. La version préliminaire comprend 15 questions auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle de 1 ("never") à 6 ("always"). Ce questionnaire est présenté à l'Annexe 2-A .

2. "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité". Ce questionnaire a été développé dans le but de mesurer l'adhésion aux croyances socio-culturelles au sujet de l'image corporelle. Le questionnaire comprend 9 items portant sur les croyances au sujet de la minceur et 9 items portant sur les croyances au sujet de l'obésité. Le sujet indique à partir d'une échelle de 1 ("Do not agree at all") à 7 ("Strongly agree") à quel point elle est en accord avec chaque énoncé. Ces items ont été formulés de façon à mesurer ce que la

personne elle-même croit (e.g. "People who are fat don't have any self-control") plutôt que ce qu'elle croit au sujet des normes de la société. Le questionnaire est présenté à l'Annexe 2-B.

"Saillance des écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés et redoutés". Ces mesures de saillance des écarts ont été obtenues au moyen des deux instruments suivants (présentés à l'Annexe 2-C):

3. *"Véhémence du désir et de la crainte"*. Ce questionnaire comprend 5 items portant sur l'importance des sois corporels désirés et 5 items portant sur l'importance des sois corporels redoutés (e.g., "There is nothing that I would like more than to be thin", "I would give anything to have a better shaped body"). À partir d'une échelle allant de 1 ("do not agree at all") à 7 ("strongly agree"), le sujet indique à quel point elle est en accord avec les énoncés. Un score moyen est obtenu pour chacune des deux sous-échelles. Ces scores moyens sont alors utilisés dans les équations permettant d'obtenir les mesures de saillances.

4. *"Les sois corporels actuels, désirés et redoutés"*.

Poids corporel. Trois questions portent sur le poids corporel. Une première question demande au sujet d'indiquer son poids corporel actuel; une deuxième question lui demande d'indiquer le poids dont elle rêve. Finalement, une troisième question lui demande d'indiquer quel est le poids redouté, c'est-à-dire le poids à partir duquel elle se sentirait "grosse".

Forme du corps. Trois questions portent sur la forme corporelle. Neuf silhouettes provenant d'une étude de Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero et Blouin (1985) ont été utilisées. Williamson et ses collègues ont cherché à valider cet instrument dans un contexte

de mécontentement de l'image corporelle. La procédure qu'ils ont développée requiert une session expérimentale où la répondante choisit la silhouette qui la représente le plus adéquatement, et la silhouette qu'elle considère idéale. Chaque silhouette est dessinée sur une carte de 6" par 4", et les cartes sont mêlées de façon à ce qu'elle ne puisse pas comparer directement les différentes silhouettes.

Dans le questionnaire que nous avons développé, les silhouettes sont numérotées de 1 (silhouette la plus mince) à 9 (silhouette la plus grosse), (voir Figure 3). Pour la première question, la répondante choisit le chiffre correspondant à la silhouette qui selon elle, représente la plus adéquatement. Pour la deuxième question, à partir de la silhouette actuelle (qui devient le point de repère), elle choisit le chiffre correspondant à la silhouette qu'elle souhaite ou rêve. Finalement, pour la troisième question, toujours à partir de la silhouette actuelle, elle choisit le chiffre qui correspond à la silhouette qu'elle redoute, c'est-à-dire qu'elle craint de devenir (voir Annexe 2-C).

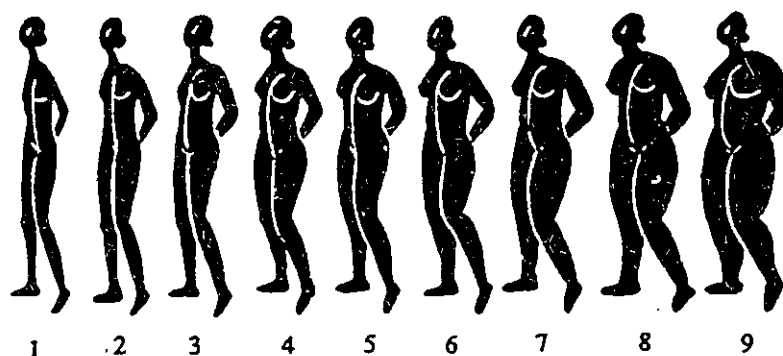


Figure 3. Silhouettes utilisées pour mesurer la forme corporelle actuelle, désirée et redoutée.

Scores de saillances pour les écarts entre les sois corporels actuels et désirés.

L'équation 1.0 telle que définie au Chapitre 2 est utilisée afin d'obtenir les deux scores mesurant les **saillances** des écarts ¹³ entre les sois corporels actuels et désirés. Le score "*Sepd*" reflète la saillance de cet écart au niveau du poids désiré alors que le score "*Sefd*" reflète la saillance de l'écart au niveau de la forme corporelle désirée. Rappelons que dans cette équation, les expressions ($Pa - Pd$) et ($Fa - Fd$) reflètent la notion d'écart.

$$Sepd = Vd * [1 + (Pa - Pd)] \quad (1.1)$$

$$Sefd = Vd * [1 + (Fa - Fd)] \quad (1.2)$$

où

- Vd = Véhémence du désir
- Pa = Poids actuel
- Pd = Poids désiré
- Fa = Forme corporelle actuelle
- Fd = Forme corporelle désirée

Scores de saillances pour les écarts entre les sois corporels actuels et redoutés.

Pour obtenir les deux scores mesurant les **saillances** des écarts entre les sois corporels actuel et redoutés, l'équation 2.0 définie au Chapitre 2 est utilisée. Le score "*Sepr*" reflète la saillance au niveau du poids corporel alors que le score "*Spfr*" reflète la saillance au niveau de la forme corporelle. Rappelons que dans cette équation, les expressions ($Pr - Pa$) et ($Fr - Fa$) reflètent la notion d'écart.

¹³ Tout écart négatif, c'est-à-dire allant dans la direction opposée, pourrait être conçu comme représentant une **absence d'écart**; les écarts négatifs ont alors été transformés en scores de zéro. Dans cet échantillon de 167 sujets, seulement 6 sujets ont obtenu des écarts négatifs, ce qui représente 3.6% de l'échantillon.

$$Sepr = \frac{Vc}{1 + (Pr - Pa)} \quad (2.1)$$

$$Sefr = \frac{Vc}{1 + (Fr - Fa)} \quad (2.2)$$

où

- Vc = Véhémence de la crainte
- Pr = Poids redouté
- Pa = Poids actuel
- Fr = Forme corporelle redoutée
- Fa = Forme corporelle actuelle

Procédure

Une version préliminaire des quatre instruments de mesure a été soumise à 4 étudiantes graduées inscrites au programme de psychologie expérimentale ou clinique afin de vérifier la clarté des items. Seulement quelques questions portant sur les sois corporels désirés et les sois corporels redoutés ont dû être modifiés après l'administration du questionnaire. Plus précisément, les items portant sur les poids désiré et redouté et les items portant sur les formes corporelles désirée et redoutée ont été modifiés puisqu'ils semblaient ambigus et incitaient à répondre en choisissant le poids et la forme les plus extrêmes. Suite à cette modification, les items ont été présentés à 5 autres étudiantes graduées et les commentaires faits par ces dernières ont révélé que les questions étaient conformes au sens et aux intentions sous-jacentes à leur élaboration.

La version finale du questionnaire a alors été administrée à 209 étudiantes pendant les quarantes-cinq dernières minutes d'une classe régulière. Les hommes ont été priés de se retirer de la classe et les femmes ont été priées de s'asseoir de façon à laisser un siège ou

plus entre elles. Cette procédure, développée à partir d'expériences antérieures dans l'administration de questionnaires à de gros groupes, procure aux étudiantes une plus grande intimité et leur permet de répondre au questionnaire de façon consciencieuse.

Une brève introduction à l'étude ainsi que les directions ont été présentées verbalement avant la distribution des questionnaires. Les étudiantes ont été informées de la confidentialité de leurs réponses, du fait que leur participation était volontaire et qu'elles avaient le droit de cesser leur participation en tout temps. L'expérimentatrice leur a aussi expliqué qu'elles pouvaient prendre part à certaines sessions expérimentales ayant trait au même sujet, si elles le désiraient; des explications quant à la nature de ces sessions expérimentales ont été données. Les étudiantes ont été invitées à lire les directives présentées sur le questionnaire et à répondre sur la feuille de réponse qui leur avait été distribuée. Les étudiantes intéressées à participer à des sessions expérimentales futures ont été priées d'inscrire leur nom et leur numéro de téléphone sur la feuille-réponse. L'expérimentatrice est demeurée en salle de classe pendant la durée de l'administration pour répondre aux questions. Signalons que 90% des étudiantes sont restées en salle de classe pour compléter le questionnaire.

Le questionnaire a été administré de nouveau un mois plus tard à deux des trois classes préalablement évaluées (le questionnaire complet est présenté à l'Annexe 1-A; la feuille-réponse qui accompagne le questionnaire est présentée à l'Annexe 1-B). En tout, 81 sujets, soit 60% de l'échantillon de 135 étudiantes (provenant des deux classes) ont participé à l'étape retest. La procédure d'administration a été la même que celle décrite ci-haut, sauf que les étudiantes de cette classe ont été priées d'inscrire leur numéro d'étudiante sur la feuille-réponse, et ont reçu la directive que ceci faciliterait l'encodage des données, à la fois pour la première et la deuxième administration du questionnaire ¹⁴.

Analyses

Plusieurs analyses statistiques ont été effectuées. Premièrement, un examen de la structure factorielle a été effectué par l'entremise de l'analyse factorielle. Le but de cette analyse était de déterminer quels items représentaient le plus adéquatement le ou les facteur(s) à l'étude. Cette étape nous a semblé essentielle en ce qu'elle nous a permis de ne garder que les items les plus représentatifs de chaque facteur, et ainsi d'en arriver à des instruments parcimonieux et possédant une cohérence interne adéquate. À la suite de cette première étape, seuls les items ayant des saturations très élevées pour leur facteur respectif ont été gardés et ont constitué la version finale de l'instrument de mesure. La cohérence interne a alors été examinée, de même que les corrélations items-total.

Deuxièmement, des tests- t indépendants ont été effectués pour chaque item de cette version finale des instruments, ainsi que pour les scores moyens de ces questionnaires afin

¹⁴ Trois points importants doivent être soulevés. Premièrement, le fait d'inscrire son numéro d'étudiante ou non sur la feuille-réponse pourrait possiblement entraîner des différences au niveau du style de réponses (et de la distribution des scores). Deuxièmement, le fait d'inscrire son nom et numéro de téléphone (dans le cas des personnes intéressées à participer à des sessions expérimentales) pourrait aussi entraîner des différences entre les réponses des sujets. Finalement, le fait qu'une partie du groupe d'étudiantes seulement ait accepté de participer au retest (groupe "volontaire") pourrait produire une différence au niveau de la distribution des scores pour le retest (les étudiantes "volontaires" pourraient avoir une distribution de scores particulière sur certains questionnaires, par exemple). Afin de vérifier ces "hypothèses", des tests- t indépendants ont été effectués pour chacun des groupes suivants: 1) groupe ayant inscrit leur numéro ($N = 80$) vs. n'ayant pas inscrit leur numéro d'étudiante ($N = 87$), 2) groupe ayant inscrit leur nom dans le but de participer ($N = 79$) vs. n'ayant pas inscrit leur nom ($N = 88$), et 3) groupe ayant participé ($N = 81$) au retest vs. n'ayant pas participé au retest ($N = 54$). Pour tous les instruments de mesure principaux, les résultats des tests- t ne démontrent aucune différence significative attribuable au fait d'inscrire son numéro d'étudiante ou son nom sur la feuille-réponse. De la même façon, les résultats des tests- t pour les scores du prétest ne démontrent aucune différence significative entre le groupe ayant participé au retest et le groupe n'ayant pas participé. Ce dernier résultat semble indiquer d'une part que le groupe "volontaire" est représentatif de l'échantillon total, et d'autre part, que les coefficients de corrélation du retest ont été très peu influencés par le rétrécissement de l'échantillon et par la réduction possible des écarts qui en résulte (Thorndike, 1982).

d'évaluer leur validité discriminante. Deux groupes, soit un groupe "Non-boulimique" et un groupe "À tendance boulimique" ont été formés pour permettre d'effectuer cette analyse.

Finalement, le coefficient de fidélité test-retest a été vérifié. Pour fins de présentation, chacun des trois instruments de mesure sera présenté séparément. Aussi, la structure factorielle et les corrélations items-total corrigées pour chacun des questionnaires seront présentées sous forme de tableaux.

Résultats

Des 209 questionnaires complétés, 7 ont été éliminés étant donné l'âge des sujets (au delà de 30 ans)¹⁵ et 2 autres, parce qu'ils étaient incomplets. La moyenne d'âge des 200 sujets était alors de 20.18 ans (E.T. = 2.9); 93% d'entre elles étaient âgées entre dix-sept et vingt-cinq ans. Étant donné que la gamme d'indices de masse corporelle représentant une bonne santé physique se situe entre 19 et 25¹⁶, les répondantes ayant un indice de masse corporelle inférieur à 19 ou encore supérieur à 25 ont été éliminées. Ceci permet entre autre d'exclure les sujets pouvant avoir une tendance à être ou bien anorexique, ou bien obèse. À cause de cette restriction, 33 répondantes (17% de l'échantillon) ont été retirées des analyses, soit 18 (9% de l'échantillon) qui avaient une masse corporelle trop basse et 15 (7.5% de l'échantillon) qui avaient une masse corporelle trop élevée.

¹⁵ La boulimie étant un trouble de l'alimentation touchant en grande partie les jeunes femmes âgées entre 17 et 30 ans (e.g., selon Pyle, Mitchell et Eckert (1981), l'âge moyen d'apparition du trouble de la boulimie est de 18 ans et l'apparition après 30 ans serait exceptionnellement rare), nous avons omis les sujets d'au-delà de 30 ans pour toutes les études du présent projet de recherche. La présence de comportements boulimiques dans cette population plus âgée pourrait être le reflet d'un trouble quelque peu différent de celui qui nous intéresse. De plus, ce groupe pourrait avoir des habitudes alimentaires différentes de celles du groupe de jeunes femmes qui font l'objet de cette étude.

¹⁶ L'indice de masse corporelle de 19 a été inclus pour cette étude, étant donné que plusieurs étudiantes ont moins de 20 ans, et qu'elles peuvent avoir une masse corporelle légèrement plus basse que celle indiquée pour les personnes de 20 ans et plus (Santé et Bien-Être Social, 1987).

Description des groupes "Non-boulimique" et "À tendance boulimique"

Afin de pouvoir effectuer les analyses de validité discriminante, deux groupes ont été formés. À partir de l'échantillon de 167 sujets, les scores représentant 20% de la portion inférieure et 20% de la portion supérieure du BULIT ont été identifiés afin de former un groupe de personnes "non-boulimiques" et un groupe de personnes "à tendance boulimique" respectivement. Le score de 49 a alors servi de point de coupure pour le groupe "Non-boulimique" et le score de 82.4 a servi de point de coupure pour le groupe "À tendance boulimique". Les portions reflétant les 20% supérieur et inférieur de l'échantillon plutôt que 30%, par exemple, ont été choisies parce que ces deux groupes sont tout-à-fait compatibles avec les populations visées pour les besoins de la présente étude. Le score de 82.4, par exemple, représente un score adéquat (qui se rapproche du score de 88 suggéré par Smith et Thelen (1984)), permettant de regrouper une population manifestant des comportements boulimiques tels que mesurés par le BULIT, alors que le score reflétant 30% de la portion supérieure, étant de 64, pourrait inclure des personnes qui ont des comportements très éloignés de ceux qui définissent la "tendance boulimique".

Une description des deux groupes à l'étude, quant aux moyennes d'âge, de grandeur, de poids corporel et de masse corporelle, est présentée au Tableau 1. Des tests-t indépendants ont été effectués pour chacune de ces mesures et sont aussi inclus dans ce tableau.

Tel que révélé par les résultats du test-t, le groupe "À tendance boulimique" est un peu plus jeune que le groupe "Non-boulimique" (différence de 18 mois). Cette différence, quoique statistiquement significative, ne semble pas constituer un facteur important dans l'interprétation subséquente des résultats.

Tableau 1

Description des groupes "Non-boulimique" et "À tendance boulimique" .

	Moyenne (Ecart-type)		
	"Non-boulimique" (n = 37)	"A tendance boulimique" (n = 33)	t
Age	21.27 (3.9)	19.72 (1.8)	2.15*
Grandeur (en pieds)	5.53 (0.3)	5.58 (0.2)	0.86
Poids actuel (en livres)	126.02 (15.1)	137.80 (15.4)	3.24**
Indice de masse corporelle	20.70 (1.4)	22.36 (1.8)	4.25***
Poids le plus élevé depuis la dernière année (en livres)	127.88 (14.7)	143.90 (18.5)	3.86***
Poids le plus bas depuis la dernière année (en livres)	121.20 (14.9)	130.40 (16.2)	2.39*
BULIT	44.68 (3.4)	98.48 (13.9)	21.53***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Le résultat du test-t effectué pour l'indice de masse corporelle (de même que le poids actuel) démontre que le groupe "À tendance boulimique" a une masse corporelle plus élevée que celle du groupe "Non-boulimique". Les conséquences d'une telle différence pourraient être importantes au niveau de l'interprétation de nos résultats. Ces résultats seront discutés davantage à la fin de cette étude, plus spécifiquement à la section "Constatations additionnelles". Signalons que le poids le plus élevé depuis la dernière année est significativement plus grand pour les personnes "à tendance boulimique" qu'il ne l'est pour les personnes "non-boulimiques". Aussi, le poids le plus bas depuis la dernière année est

significativement plus élevé pour les personnes "à tendance boulimique" qu'il ne l'est pour les personnes "non-boulimiques". Ces résultats démontrent que les personnes "à tendance boulimique" vont atteindre, dans l'espace d'une année, un poids beaucoup plus élevé que les personnes "non-boulimiques" et qu'elles n'atteindront jamais un poids aussi bas que ces dernières. Aussi, il est à noter que les personnes "à tendance boulimique" ont une moyenne d'écart de 13.5 livres au cours d'une année alors que les personnes "non-boulimiques" ont une moyenne d'écart de 6.68 livres.

Taquineries antérieures

Analyse factorielle exploratoire, cohérence interne et corrélations items-total

Tous les items de ce questionnaire ont été soumis à une analyse factorielle exploratoire¹⁷. Pour cette analyse, l'ensemble de l'échantillon de 167 étudiantes a été utilisé. La méthode d'estimation qui tient compte de la vraisemblance maximale¹⁸ entre les variables ("Maximum Likelihood" ou ML) a été utilisée et une rotation oblique¹⁹ des facteurs a été effectuée.

¹⁷ L'auteure reconnaît les différences d'opinions concernant l'usage de l'analyse factorielle exploratoire vs confirmatoire. La position adoptée dans ce travail est la suivante: un questionnaire qui serait développé de façon à représenter un ensemble d'expériences propres à un phénomène, sans qu'il y ait au préalable des hypothèses très précises quant au nombre de facteurs et aux items saturant sur ces facteurs (e.g., le questionnaire "Taquineries antérieures"), nécessiterait une analyse factorielle exploratoire. Par contre, un questionnaire qui serait développé dans le but précis de mesurer un nombre de facteurs pré-déterminés et que les items mesurant ces facteurs seraient aussi prédéterminés, nécessiterait une analyse confirmatoire (e.g., le questionnaire "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité") (voir MacDonald, 1985). La distinction entre ces deux types d'analyses nous semble essentielle étant donné la nature des postulats qui les sous-tendent.

¹⁸ Cette méthode d'estimation calcule des saturations qui maximisent la probabilité d'obtenir la matrice de corrélations observée au niveau d'une population (Macdonald, 1985)

¹⁹ La rotation oblique, qui permet la corrélation entre les facteurs, semble plus appropriée qu'une rotation orthogonale, étant donné la nature des items et des construits psychologiques qu'ils visent à mesurer.

Les résultats de l'analyse factorielle supportent une structure à deux facteurs, lesquels expliquent 49.3% de la variance (le Tableau A, présenté à l'Annexe 3, contient les saturations de tous les items). Suite à un examen des valeurs résiduelles, cette solution est considérée comme étant optimale. À partir des résultats de cette analyse, seuls les items ayant des saturations très élevées (soit plus de .45) ont été gardés et ont constitué la version finale de ce questionnaire. Les items ayant des saturations élevées sur les deux facteurs à la fois ont été éliminés. Tel que déjà mentionné, le but de cette étape était de retenir un nombre restreint d'items qui permettraient de mesurer le plus adéquatement possible le concept de taquinerie antérieures.

Les saturations et les corrélations items-total corrigées pour la version finale du questionnaire sont présentées au Tableau 2. Pour fins de présentation, les items de ce tableau ont été abrégés; les items complets et leur abréviations sont présentés à l'Annexe 4-A. Le premier facteur, qui est représenté par trois items, semble refléter le fait d'avoir été taquinée pendant l'enfance et l'adolescence. Le deuxième facteur, qui est aussi représenté par trois items, peut être interprété en terme de l'évaluation subjective à l'égard de l'image corporelle pendant l'enfance et/ou l'adolescence. Cette évaluation négative serait l'intériorisation des taquinerie faites par les autres. Ces deux facteurs représentent adéquatement le concept de "taquinerie antérieures" et seront utilisés en tant que "variables mesurées" pour l'Étude 2. Ainsi, nous concevons ces deux facteurs comme étant des échelles d'un même instrument de mesure et la cohérence interne sera calculée pour l'ensemble de l'instrument.

Le coefficient standardisé²⁰ de cohérence interne (Alpha de Cronbach) obtenu pour le facteur "Taquinerie" est de .75 alors qu'il est de .79 pour le facteur "Intériorisation". Les corrélations items-total sont acceptables, ce qui témoigne de l'homogénéité adéquate

²⁰ Tous les coefficients de cohérence interne sont des coefficients Alpha de Cronbach standardisés.

des échelles de l'instrument. La moyenne des scores totaux pour l'échantillon de 167 sujets est de 15.2 (E.T. = 5.7), le score total maximum pouvant être 36.

Tableau 2

Saturations et corrélations "Item-Total" pour le questionnaire Taquineries intérieures

Items	Saturations Facteur 1	Saturations Facteur 2	Corrélations Items- Total ¹
<i>Taquineries (alpha = .75)</i>			
1. Teased about being too fat or too skinny	.69	.05	.45
5. Brunt of family jokes	.66	.11	.38
7. Kids called you names related to body	.71	.09	.43
<i>Intériorisation (alpha = .79)</i>			
4. Preoccupied with parts of the body	.02	.73	.57
6. Wanted to hide certain parts of the body	.14	.84	.53
10. Ashamed of shape of body	.07	.74	.61

¹ Les corrélations Items-Total sont corrigées et sont calculées à partir des 3 items pour chacun des facteurs de la version finale du questionnaire.

Validité discriminante

Afin d'évaluer la validité discriminante de la version finale du questionnaire, les moyennes des items provenant des groupes "Non-boulimique" et "À tendance boulimique" ont été soumises à des tests-t. Le Tableau 3 présente les résultats de ces tests-t. Pour 2 des trois items du facteur "Taquineries", les répondantes "à tendance boulimique" obtiennent des moyennes significativement plus élevées, indiquant qu'elles ont été plus fréquemment taquinées pour leur apparence physique pendant leur enfance et/ou leur adolescence que ne

l'ont été les répondantes "non-boulimiques". Pour ce qui est du troisième item, la moyenne obtenue par le groupe "à tendance boulimique", quoiqu'elle ne soit pas significativement différente de celle du groupe "non-boulimique", est tout de même plus élevée pour ce groupe, tel qu'il était attendu. De la même façon, pour 2 des 3 items du facteur "Intériorisation", les sujets "à tendance boulimique" obtiennent des moyennes plus élevées que les sujets "non-boulimiques"; ceci semble indiquer qu'elles ont d'avantage intériorisé l'évaluation négative sous-jacente aux taquineries à l'égard de leur corps (ayant été d'autant plus taquinées que les autres).

Un test- t effectué au niveau des deux groupes à l'étude révèle que les moyennes des scores pour ce questionnaire sont significativement différentes l'une de l'autre. En effet, tel qu'énoncé par l'hypothèse concernant la validité discriminante, le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne plus élevée ($M = 3.0$) que le groupe "Non-boulimique" ($M = 2.1$), $t(63) = 3.50$ $p < .001$, indiquant que les personnes "à tendance boulimique" ont été taquinées et ont intériorisé cette évaluation négative de leur image corporelle plus fréquemment que ne l'ont fait les personnes non-boulimiques.

Fidélité (test-retest)

Les coefficients de fidélité test-retest pour les facteurs Taquineries et Intériorisation, calculés à partir de l'échantillon de 81 étudiantes qui ont répondu au questionnaire à deux reprises dans un intervalle de 1 mois, sont de .87 et de .81 ($p < .001$), respectivement. De tels indices démontrent que la stabilité temporelle des échelles du questionnaire "Taquineries antérieures" est adéquate. Signalons que le coefficient de cohérence interne pour cet échantillon de 81 sujets est de .77 pour le facteur Taquineries au prétest et de .82 au retest; pour le facteur Intériorisation, le coefficient de cohérence interne est de .78 au

prétest et de .88 au retest. Le niveau de cohérence a donc été reproduit lors de cette deuxième étape.

Tableau 3

Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "À tendance boulimique") pour les items représentant les deux échelles du questionnaire Taquineries antérieures.

Items	Moyenne ¹		t
	"Non-boulimique" (n = 37)	"À tendance boulimique" (n = 33)	
<i>Taquineries</i>			
1. Teased about being too fat or too skinny	2.08	3.19	2.84**
5. Brunt of family jokes	1.41	2.42	3.29**
7. Kids called you names related to body	1.89	2.45	1.60
<i>Intériorisation</i>			
4. Preoccupied with parts of the body	3.16	3.67	1.27
6. Wanted to hide certain parts of the body	2.64	3.52	1.97*
10. Ashamed of shape of body	2.16	3.58	3.45***

¹ Les moyennes proviennent de l'échelle suivante: 1 "never" à 6 "always".

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Analyse factorielle confirmatoire, cohérence interne et corrélations Items-Total

Tous les 18 items du questionnaire portant sur les croyances au sujet de la minceur et de l'obésité ont été soumis à une analyse factorielle confirmatoire effectuée par l'entremise

du programme LISREL VI (Jöreskog & Sörbom, 1984). Les items de ce questionnaire ayant été développés spécifiquement dans le but de mesurer deux facteurs distincts, les hypothèses concernaient non seulement le nombre de facteurs mais aussi quels items satureraient sur quels facteurs. Plus précisément, les items 1 à 9 du questionnaire devaient saturer sur le premier facteur, c'est-à-dire le facteur "croyances-minceur" et les items 10 à 18 devaient saturer sur le deuxième facteur, soit "croyances-obésité". De plus, à cause de la nature des facteurs, tous deux représentant des croyances au sujet de l'image corporelle, il était attendu que ces deux facteurs seraient corrélés. Étant donné ces hypothèses spécifiques et précises concernant la structure du questionnaire, il était plus approprié d'utiliser l'analyse factorielle confirmatoire pour ce questionnaire (voir McDonald, 1985). L'échantillon de 167 répondantes a été utilisé. La méthode d'estimation qui tient compte de la vraisemblance maximale (ML) entre les variables a été utilisée. Les variances des facteurs ont été fixées de façon à permettre l'identification du modèle. La corrélation entre les deux facteurs a été permise. Signalons que la distribution des scores pour chacune des variables était adéquate.

Afin d'évaluer le niveau de correspondance entre la structure factorielle proposée et la structure factorielle saturée²¹, le programme LISREL calcule une valeur de chi-carré. Cette valeur permet une prise de décision quant à l'acceptation ou au rejet de l'hypothèse nulle. Rappelons que dans le cas de l'analyse factorielle confirmatoire, l'hypothèse nulle spécifie qu'il n'y a aucune différence significative entre le modèle postulé et le modèle obtenu. Ainsi, un chi-carré non-significatif permet d'accepter l'hypothèse nulle et d'affirmer qu'il y a une correspondance adéquate entre la structure factorielle postulée et la matrice de covariances des données. Toutefois, il importe de souligner que le chi-carré est

²¹ Le terme "correspondance" sera dorénavant utilisé pour représenter le terme anglais "fit". Ainsi, l'expression "justesse de la correspondance" sera utilisé pour remplacer l'expression "goodness of fit" qui réfère à la justesse de la correspondance entre le modèle postulé et les données.

très sensible aux variations dans les distributions normales et de plus, la valeur de cette mesure statistique augmente directement en fonction de la grandeur de l'échantillon. Par conséquent, un chi-carré significatif n'indique pas nécessairement qu'un modèle ne représente pas adéquatement les données. Différents indices additionnels ont été développés depuis la dernière décennie spécifiquement dans le but de pallier au problème de la sensibilité du chi-carré. Parmi ces différents indices, celui de Bentler et Bonett (1980), généralement appelé "Normed Fit Index" ou NFI sera utilisé pour la présente étude. Le coefficient NFI permet d'évaluer l'amélioration de la correspondance entre le modèle proposé et les données, et ce, lorsque la structure proposée est comparée à un modèle nul, c'est-à-dire un modèle où l'indépendance complète entre chaque variable est postulée. L'indice varie de 0 (une correspondance qui n'est pas meilleure que celle du modèle nul, donc aucune amélioration) à 1 (une correspondance parfaite entre le modèle et les données). Signalons aussi que LISREL rapporte différents indices, dont le GFI ("Goodness of Fit Index"), qui sera aussi utilisé pour cette étude. Cet indice, qui varie entre 0 et 1, indique si la justesse de la correspondance est adéquate. Plus cet indice est élevé, plus les données sont bien représentées par le modèle postulé. Aussi, l'examen des valeurs résiduelles permet de vérifier si le nombre de facteurs rend suffisamment compte des corrélations entre les variables (McDonald, 1985).

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire indiquent que le chi-carré est significatif. À première vue, il semble que le modèle ne correspond pas aux données (χ^2 (134, $N = 167$) = 378.32, $p < .001$). Toutefois, le GFI étant de .80, il semble que la correspondance puisse être acceptable. Le NFI, pour sa part, indique que la structure factorielle postulée rend compte de 80% de la variation propre aux données. Cet indice, quoiqu'il ne soit pas très élevé, démontre tout de même que le modèle proposé représente une amélioration adéquate de la correspondance lorsque comparé au modèle nul.

Enfin, le RMSR ("Root Mean Square Residual) est de .056 et toutes les valeurs résiduelles sont moins de .100 à l'exception de 6 valeurs, ce qui tend à démontrer que le nombre de facteurs postulés peut être une représentation acceptable des données.

Ainsi, il semble que les deux échelles "Croyances-minceur" et "Croyances-obésité" sont adéquatement représentées par deux facteurs et que les items développés mesurent assez bien les facteurs en question (le Tableau B, présenté à l'Annexe 3, contient les saturations de tous les items qui résultent de l'analyse factorielle confirmatoire). À partir des résultats de cette analyse, seulement 4 items par facteur ont été gardés et ont constitué la version finale de ce questionnaire. Les items qui ont été gardés avaient tous des saturations élevées (soit plus de .60) et représentaient un échantillon approprié des croyances qui devaient être mesurées. Rappelons que le but de cette étape était de retenir un nombre limité d'items permettant de mesurer le plus adéquatement possible les concepts "croyances au sujet de la minceur" et "croyances au sujet de l'obésité". Les saturations des items retenus, ainsi que les corrélations items-total corrigées de la version finale du questionnaire sont présentés au Tableau 4. Signalons que cette version finale sera de nouveau examinée par l'entremise de l'analyse factorielle confirmatoire à partir d'un nouvel échantillon lors de l'Étude 2. Pour fins de présentation, les items ont été abrégés; les items complets et leur abréviations sont présentés à l'Annexe 4-B.

Cette version finale, qui contient 4 items pour l'échelle "Croyances-minceur" et 4 items pour l'échelle "Croyances-obésité", possède des coefficients de cohérence interne de .80 et de .81, respectivement. Toutes les corrélations items-total sont adéquates, c'est-à-dire qu'elles sont assez élevées pour témoigner de l'homogénéité des échelles sans toutefois être trop élevées, ce qui pourrait indiquer que les items sont redondants. La moyenne des scores totaux pour l'ensemble de ce questionnaire est de 26.4 (E.T. = 8.9), le score total maximum pouvant être de 56. La moyenne des scores totaux pour cette échelle est de 15.3

(E.T. = 5.6), le score total maximum pouvant être de 28. La moyenne des scores totaux pour cette échelle est de 11.1 (E.T. = 4.8), le score total maximum pouvant être de 28.

Tableau 4

Saturations et corrélations "Items-Total" pour le questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Items	Saturations Facteur 1	Saturations Facteur 2	Corrélation Items- Total ¹
<i>Croyances au sujet de la minceur (alpha = .80)</i>			
1. Thin people are well liked	.65	--	.51
4. Women who have nice bodies are popular	.66	--	.52
6. A thin body is sexually desirable	.70	--	.59
9. Being thin is extremely important	.75	--	.67
<i>Croyances au sujet de l'obésité (alpha = .81)</i>			
14. Fat people don't have any self-control	--	.73	.55
15. Fat people are not well adjusted	--	.68	.49
16. Being fat is really unattractive	--	.72	.63
18. I don't think highly of fat people	--	.64	.52

¹ Les corrélations Items-Total sont corrigées et sont calculées à partir de l'ensemble des 8 items de la version finale du questionnaire.

Validité discriminante

Les résultats des tests-t, présentés au Tableau 5, démontrent que tous les items, à la fois pour l'échelle mesurant les croyances au sujet de la minceur (4 items), et pour l'échelle mesurant les croyances au sujet de l'obésité (4 items) permettent de différencier les deux groupes. En effet, pour chacun des items, les répondantes "à tendance boulimique" obtiennent des scores plus élevés que les répondantes "non-boulimiques", indiquant

qu'elles adhèrent plus fortement aux croyances au sujet de la minceur et de l'obésité que ces dernières.

Tel qu'attendu, le test-t effectué entre les deux groupes révèle que le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne significativement plus élevée ($M = 4.3$) pour l'ensemble du questionnaire que le groupe "Non-boulimique" ($M = 2.7$) $t(51) 5.62 p < .001$. Aussi, le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne plus élevée ($M = 4.8$) pour l'échelle "Croyances-minceur" que le groupe "Non-boulimique" ($M = 3.2$) $t(58) 4.84 p < .001$. De la même façon, le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne plus élevée ($M = 3.6$) pour l'échelle "Croyances-obésité" que le groupe "Non-boulimique" ($M = 2.2$) $t(58) 4.69 p < .001$. Ces trois résultats soutiennent alors l'hypothèse émise au sujet de la validité discriminante de cet instrument.

Fidélité (test-retest)

Les deux échelles du questionnaire, lorsque considérées indépendamment, démontrent une stabilité temporelle qui est acceptable. De plus, les coefficients de cohérence interne ont été reproduits lors du retest pour les deux échelles. Pour les croyances au sujet de la minceur, le coefficient test-retest est de .83 ($p < .001$); le coefficient de cohérence interne était de .82 au prétest et de .84 au retest. Pour ce qui est de l'échelle "croyances au sujet de l'obésité", le coefficient test-retest est de .77 ($p < .001$); le coefficient de cohérence interne était de .77 au prétest et de .85 au retest.

Tableau 5

Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "À tendance boulimique") pour les items du questionnaire représentant les deux échelles du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Items	Moyenne ¹		t
	"Non-boulimique" (n = 37)	"À tendance boulimique" (n = 33)	
<i>Croyances au sujet de la minceur</i>			
1. Thin people are well liked	2.95	4.48	3.62***
4. Women who have nice bodies are popular	4.27	5.24	2.57*
6. A thin body is sexually desirable	3.51	4.88	3.18**
9. Being thin is extremely important	2.16	4.70	5.91***
<i>Croyances au sujet de l'obésité</i>			
5. Fat people don't have any self-control	2.00	3.40	3.72***
6. Fat people are not well adjusted	2.14	3.12	2.51*
7. Being fat is really unattractive	3.19	5.21	4.84***
9. I don't think highly of fat people	1.49	2.79	3.98***

¹ Les moyennes proviennent de l'échelle suivante: 1 "do not agree at all" à 7 "strongly agree".

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Saillances des écarts entre les sois corporels actuels et désirés et saillances des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés

Cohérence interne et corrélations items-total

Seuls les questionnaires portant sur la véhémence du désir et de la crainte ont été soumis à un examen de la cohérence interne. Pour le questionnaire Véhémence du désir, le coefficient Alpha de Cronbach est assez élevé, soit .89. Les corrélations items-total sont

aussi très élevées, se situant entre .60 et .83. De la même façon, pour le questionnaire Véhémence de la Crainte, le coefficient de cohérence interne est très élevé, soit .91. Les corrélations items-total, pour leur part, se situent entre .61 et .85.

Etant donné la nature des scores de saillances (c'est-à-dire la façon dont ils ont été calculés), l'analyse factorielle, la cohérence interne et les corrélations items-total n'étaient pas appropriés. La validité discriminante et la corrélation entre les scores obtenus au test et au retest ont toutefois été évaluées, et ce, pour chacun des éléments introduits dans les équations permettant d'obtenir les scores de saillance. Aussi, la validité du construit des notions de saillances des écarts sera vérifiée par l'entremise de corrélations entre chacun de ces scores et le score total obtenu pour le BULIT.

Validité discriminante

La validité discriminante de chaque item des instruments de mesure permettant d'obtenir les saillances des écarts entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés/redoutés, a été évaluée. Il importe de rapporter les résultats obtenus pour chacun de ces items, puisqu'ils permettent une précision importante quant aux différences pouvant exister entre les personnes "non-boulimiques" et les personnes "à tendance boulimique". Premièrement, les résultats des tests-t pour les items des questionnaires "Véhémence du désir" et "Véhémence de la crainte" seront présentés. Deuxièmement, les résultats des tests-t pour les items ayant trait au poids et à la forme seront présentés. Finalement, les scores de saillances, qui ont aussi été soumis à des tests-t seront présentés.

Le Tableau 6 présente les résultats des tests-t pour les questionnaires portant sur la véhémence du désir et de la crainte. Comme on peut le constater à la lecture du Tableau 6, tous les tests-t sont significatifs à .001 et permettent de distinguer le groupe "À tendance

boulimique" du groupe "Non-boulimique". Lorsque l'on effectue des tests- t au niveau des moyennes des scores entre les deux groupes, on obtient nécessairement des différences significatives. Le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne beaucoup plus élevée pour la véhémence du désir de devenir mince ($M = 5.7$) que le groupe "Non-boulimique" ($M = 2.8$), $t(64) = 10.4$ $p < .001$. De la même façon, le groupe "À tendance boulimique" obtient une moyenne significativement plus élevée pour la véhémence de la crainte ($M = 5.9$) que le groupe "Non-boulimique" ($M = 2.9$), $t(68) = 9.02$ $p < .001$. Les hypothèses voulant que la véhémence du désir de devenir mince et la véhémence de la crainte de devenir obèse soient significativement plus fortes chez les personnes "à tendance boulimique" que chez les personnes "non-boulimiques" sont alors confirmées.

La Figure 4 illustre, à l'aide d'une échelle, les résultats des tests- t pour les items portant sur le poids actuel, le poids désiré et le poids redouté. La Figure 5 illustre, pour sa part, les résultats des tests- t pour les items portant sur la forme actuelle, désirée et redoutée. Ces deux figures permettent aussi de visualiser les écarts qui existent entre les trois points de référence, c'est-à-dire les poids corporels désirés-actuels-redoutés (ces écarts seront présentés sous forme de tableau à la section suivante). Seuls les résultats des tests- t portant sur le poids corporel actuel et la forme actuelle sont significatifs. En effet, les personnes "à tendance boulimique" se perçoivent comme étant plus lourdes et plus grosses que les personnes "non-boulimiques". Il est important de souligner que ni les poids corporels désirés et redoutés, ni les formes corporelles désirées et redoutées ne diffèrent pour les deux groupes. Les implications de ces résultats seront discutées à la fin de ce chapitre, à la section "Constatations additionnelles".

Tableau 6

Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "À tendance boulimique") pour les items du questionnaire portant sur la Véhémence du désir et de la crainte

Items	Moyenne ¹		t
	"Non-boulimique" (n = 37)	"À tendance boulimique" (n = 33)	
<i>Véhémence du désir de devenir mince</i>			
1. There is nothing that I would like more than to be thin.	2.43	5.15	6.47***
2. I spend a lot of time thinking about being thinner.	2.45	5.61	8.46***
3. I very much wish that some parts of my body were more attractive.	4.16	6.33	6.78***
4. I would give anything to have a better shaped body.	2.54	5.45	7.61***
5. I dream of the day I can reach and maintain my ideal weight.	2.38	6.06	9.17***
<i>Véhémence de la crainte de devenir obèse</i>			
1. I dread the thought of gaining weight.	3.64	6.18	7.13***
2. There is nothing that I fear more than becoming fat.	3.08	5.72	6.11***
3. I'm very much afraid of my body becoming unattractive.	3.10	5.70	6.58***
4. I worry a lot about getting fat.	2.57	6.00	9.02***
5. I worry a lot about having an ugly shaped body.	2.35	5.81	9.82***

¹ Les moyennes proviennent de l'échelle suivante: 1 "do not agree at all" à 7 "strongly agree".

*** p < .001.

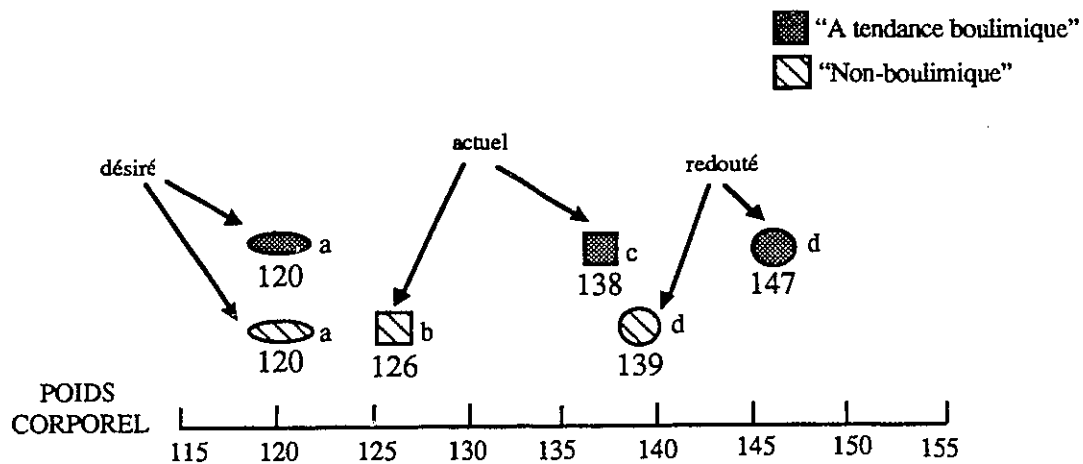


Figure 4. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("A tendance boulimique" et "Non-boulimique") pour le poids corporel actuel, désiré et redouté (en livres).

N.B. Les moyennes pour les paires de variables (désiré, actuel et redouté) ayant des lettres différentes sont significativement différentes l'une de l'autre ($p < .01$)

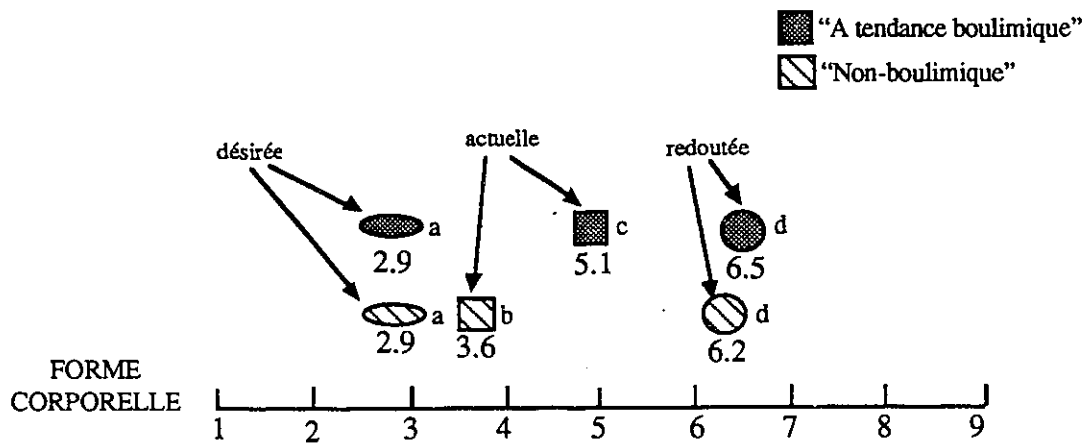


Figure 5. Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("A tendance boulimique" et "Non-boulimique") pour la forme corporelle actuelle, désirée et redoutée.

N.B. Les moyennes pour les paires de variables (désiré, actuel et redouté) ayant des lettres différentes sont significativement différentes l'une de l'autre ($p < .001$)

Les scores d'écart, qui sont utilisés dans les équations 1.1, 1.2, 2.1 et 2.2, ont été soumis à des tests-t. Les résultats sont présentés au Tableau 7. Comme on peut le constater à l'examen du Tableau 7, les résultats démontrent que pour les personnes "à tendance boulimique", l'écart entre la **forme** corporelle actuelle et la forme corporelle désirée est significativement plus grand que pour les personnes "non-boulimiques". De la même façon, l'écart entre le **poids** actuel et le poids désiré est significativement plus grand pour le groupe "à tendance boulimique" que pour le groupe "Non-boulimique". Ces résultats, en accord avec les hypothèses formulées au début de cette étude, démontrent que les personnes "à tendance boulimique" se perçoivent comme étant beaucoup plus "loin" de leurs sois corporels désirés (forme et poids) que les personnes "non-boulimiques".

Pour ce qui est de l'écart entre la **forme** corporelle actuelle et la forme corporelle redoutée, les résultats démontrent que les personnes "à tendance boulimique" obtiennent un score d'écart significativement plus bas que les personnes "non-boulimiques". De la même façon, les résultats du test-t pour l'ampleur de l'écart entre le **poids** corporel actuel et le poids corporel redouté sont en accord avec ce qui était attendu, c'est-à-dire que la moyenne de l'écart pour les personnes "à tendance boulimique" est significativement plus basse que pour les personnes "non-boulimiques". Ces résultats indiquent alors que les personnes "à tendance boulimique" se perçoivent comme étant plus "près" de leurs sois corporels redoutés, à la fois pour leur image corporelle et leur poids.

Le Tableau 8 présente les résultats des tests-t pour les scores représentant la saillance des écarts entre le poids corporel actuel et désiré, la forme corporelle actuelle et désirée, le poids corporel actuel et redouté, et la forme corporelle actuelle et redoutée. Tel que déjà présenté à la section "Mesures", ces quatre scores ont été obtenus par l'entremise des équations élaborées dans le cadre du modèle conceptuel de la boulimie. On peut alors s'attendre à ce que les moyennes soient significatives, étant donné les résultats précédents. Nous les présentons essentiellement pour confirmer ces attentes et documenter les résultats.

Tableau 7

Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "À tendance boulimique") pour les écarts

Mesures	Moyenne		t
	"Non-boulimique" (n = 37)	"À tendance boulimique" (n = 33)	
1. Ecart poids actuel / désiré	5.95	17.21	7.14***
2. Ecart forme actuelle / désirée	.76	2.36	5.98***
3. Ecart poids actuel / redouté	14.50	10.00	2.31*
4. Ecart forme actuelle / redoutée	2.68	1.54	3.34***

* $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Tableau 8

Moyennes des scores obtenus par les deux groupes ("Non-boulimique" et "À tendance boulimique") pour les Saillances des écarts

Mesures	Moyenne		t
	"Non-boulimique" (n = 37)	"À tendance boulimique" (n = 33)	
1. Saillance de l'écart pour le poids actuel/désiré	20.79	106.73	8.23***
2. Saillance de l'écart pour la forme actuelle/désirée	5.13	20.02	7.37***
3. Saillance de l'écart pour le poids actuel/redouté	1.14	9.59	3.89***
4. Saillance de l'écart pour la forme actuelle/redoutée	4.86	14.76	5.77***

*** $p < .001$.

Au niveau de la validité du construit, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre chacun des quatre scores de saillance et le score total obtenu pour le BULIT. Tel qu'attendu, les résultats démontrent que chacun des scores est positivement associé avec le BULIT. Premièrement, le score de saillance pour l'écart entre la forme corporelle actuelle et la **forme désirée** est corrélé avec le BULIT ($r = .66, p < .001$). Deuxièmement, la corrélation entre le BULIT et le score de saillance pour l'écart entre le poids actuel et le **poids désiré** est assez élevée ($r = .63, p < .001$). Troisièmement, la corrélation entre le BULIT et le score de saillance pour l'écart entre la forme corporelle actuelle et la **forme redoutée** est aussi acceptable ($r = .59, p < .001$). Finalement, quoique la relation entre le BULIT et le score de saillance pour l'écart entre le poids actuel et le **poids redouté**, soit moins élevée que pour les trois autres scores de saillance ($r = .44, p < .001$), il n'en demeure pas moins que cette relation est positive et significative, tel que postulé au début de cette étude.

Fidélité (test-retest)

Etant donné le rôle central que jouent les notions de saillances des écarts dans le modèle conceptuel, il est important d'examiner les corrélations entre le test et le retest. Ces dernières peuvent nous procurer des indices essentiels quant à la stabilité des concepts que les scores de saillances visent à mesurer. Afin de pouvoir évaluer la force de ces corrélations, il est nécessaire d'examiner les corrélations des éléments utilisés dans les équations qui nous permettent d'obtenir ces scores.

Le coefficient de fidélité test-retest pour le questionnaire "Véhémence du désir" est plutôt élevé, soit .92 ($p < .001$) de même que le coefficient pour le questionnaire "Véhémence de la crainte", soit .89 ($p < .001$). De tels indices démontrent que la stabilité temporelle du questionnaire et des phénomènes qu'il vise à mesurer est bonne. Ceci

s'avère important étant donné le rôle que jouent ces scores dans le calcul des scores de saillances.

Au niveau de la forme corporelle actuelle, le coefficient de corrélation entre le test et le retest est de .88 ($p < .001$). Pour la forme corporelle désirée, le coefficient est de .75 ($p < .001$) alors que pour la forme corporelle redoutée, le coefficient est de .84 ($p < .001$). Ces corrélations sont assez élevées et démontrent que le choix des formes corporelles pour l'ensemble des répondantes est assez stable. Au niveau du poids actuel, la corrélation est élevée, ce qui suggère que le poids corporel rapporté par les répondantes demeure constant d'un mois à l'autre ($r = .98, p < .001$). Pour ce qui est du poids désiré, le coefficient de corrélation est de .94 ($p < .001$), alors le coefficient de corrélation pour le poids redouté est de .88 ($p < .001$). Ces deux dernières corrélations suggèrent que les poids désiré et redouté, tout comme les formes corporelles désirée et redoutée, représentent des choix stables.

Pour les deux scores représentant les saillances des écarts entre les sois corporels actuels et désirés, le coefficient de corrélation test-retest au niveau de la forme corporelle est de .92 ($p < .001$), alors que le coefficient au niveau du poids corporel est de .95 ($p < .001$). Au niveau des deux scores représentant la saillance des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés, le coefficient de corrélation test-retest pour la forme corporelle est de .85 ($p < .001$) alors qu'il est de .74 ($p < .001$) pour le poids corporel. Les corrélations sont donc assez élevées pour les scores de saillance portant sur l'écart entre les sois corporels actuels et désirés (forme et poids). Aussi, les corrélations test-retest des scores de saillance pour l'écart entre les sois corporels actuels et redoutés (forme et poids) sont assez élevés, ce qui démontre une stabilité temporelle adéquate des concepts.

Le Tableau 9 présente un résumé des principaux résultats de cette première étude. Pour chacun des trois instruments de mesure, l'alpha de Cronbach, le coefficient de fidélité test-retest, et les résultats des tests- t pour la validité discriminative sont présentés.

Tableau 9

Tableau récapitulatif des résultats principaux obtenus pour les instruments de mesure.

Mesures	Alpha de Cronbach		Fidélité test-retest	Tests-t (t)
	Temps 1	Temps 2		
<i>1. Taquineries antérieures</i>				
1.1. <i>Taquineries</i>	.76	.80	.87	3.50*
1.2. <i>Intériorisation</i>	.78	.88	.81	4.89***
<i>2. Croyances</i>				
2.1. <i>Minceur</i>	.82	.84	.78	4.84***
2.2. <i>Obésité</i>	.77	.85	.85	4.69***
<i>3. Saillance des écarts</i>				
3.1. <i>(Sepd) Poids actuel/désiré</i>	--	--	.95	8.23***
3.2. <i>(Sefd) Forme actuelle/désirée</i>	--	--	.92	7.37***
3.3. <i>(Sepr) Poids actuel/redouté</i>	--	--	.74	3.89***
3.4. <i>(Seft) Forme actuelle/redoutée</i>	--	--	.85	5.77***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Discussion

Cette première étude visait à raffiner et à valider les échelles développées spécifiquement dans le but de mesurer les variables représentant les concepts théoriques proposés dans le modèle socio-culturel-cognitif de la boulimie. Pour les questionnaires "Taquineries antérieures" et "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité", seuls les items qui semblaient être les plus représentatifs des échelles ont été gardés. Cette première étape a été effectuée par l'entremise de l'analyse factorielle exploratoire, dans le cas des

"Taquineries antérieures" et de l'analyse factorielle confirmatoire dans le cas des "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité".

Les résultats de cette première étude démontrent que la version finale du questionnaire "Taquineries antérieures" possède des caractéristiques psychométriques acceptables. Au niveau de la fidélité, les échelles de ce questionnaire démontrent une cohérence interne adéquate et une fidélité test-retest qui est acceptable. Tel que prévu, les personnes "à tendance boulimique" obtiennent des scores totaux plus élevés que les personnes "non-boulimiques".

Pour ce qui est de la version finale du questionnaire "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité", cet instrument possède aussi des caractéristiques psychométriques qui sont adéquates. Tel qu'énoncé au début de cette étude, le questionnaire est constitué de deux facteurs, lesquels ressortent clairement par l'entremise de l'analyse factorielle confirmatoire. Ces deux facteurs, lorsque considérés séparément, possèdent des caractéristiques psychométriques adéquates. La cohérence interne, de même que la fidélité test-retest sont assez élevées pour chacun des deux facteurs. De plus, les deux échelles permettent de discriminer significativement entre les deux groupes à l'étude. En effet, tel que prévu, les personnes "à tendance boulimique" obtiennent des scores plus élevés que les personnes "non-boulimiques" pour chacune des échelles. Les moyennes obtenues par les sujets "à tendance boulimique" appuient l'hypothèse selon laquelle elles adhèrent aux croyances au sujet de la minceur et de l'obésité alors que les personnes non-boulimiques adhèrent très peu à ces mêmes croyances.

Les instruments permettant d'obtenir les indices de saillance semblent aussi posséder des caractéristiques psychométriques adéquates. Premièrement, le questionnaire permettant de mesurer la véhémence du désir de devenir mince, et de la crainte de devenir obèse, possède une cohérence interne qui est adéquate. De plus, ce questionnaire permet de mesurer ces concepts psychologiques de façon stable. Puis, tel que postulé, la véhémence

du désir de devenir mince et la véhémence de la crainte de devenir obèse sont beaucoup plus fortes pour les personnes "à tendance boulimique" que pour les personnes "non-boulimiques". Deuxièmement, les questions portant sur le poids et la forme corporelle semblent mesurer des concepts qui sont stables et qui discriminent entre les personnes "à tendance boulimique" et les personnes "non-boulimiques". Ces résultats sont importants, étant donné le rôle que jouent les mesures de véhémence et les questions portant sur les sois corporels dans le calcul des écarts entre les sois actuels, désirés et redoutés et dans le calcul des mesures de saillances.

Au niveau des mesures de saillances, lorsque l'on examine d'une part la validité des éléments qui constituent ces scores, et d'autre part, les relations entre ces mesures et les scores obtenus pour le BULIT, il semble que les équations permettent effectivement de mesurer les concepts théoriques tels qu'élaborés au sein du modèle conceptuel de la boulimie.

Constatations supplémentaires

Certains résultats obtenus pour cette première étude soulèvent des questions intéressantes en ce qui concerne l'image corporelle des personnes "à tendance boulimique". Premièrement, les résultats des tests- t pour le poids corporel actuel et l'indice de masse corporelle attestent du fait que les personnes "à tendance boulimique" sont plus grasses que les personnes "non-boulimiques". Quoique les personnes "à tendance boulimique" aient un poids corporel tout-à-fait dans la moyenne (plus spécifiquement dans la portion inférieure de la norme pour la grandeur), il n'en demeure pas moins qu'elles soient plus lourdes que les personnes "non-boulimiques". Deuxièmement, les résultats démontrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes pour ce qui est des sois corporels

désirés et redoutés (forme et poids) et que seuls les sois corporels actuels (forme et poids) distinguent les deux groupes. Ces deux découvertes vont à l'encontre de ce qui est habituellement rapporté dans les études portant sur l'image corporelle chez les personnes boulimiques. En général, on rapporte que les personnes boulimiques ont un poids comparable à celui des groupes contrôle et qu'elles ont une image corporelle idéale qui est beaucoup plus mince que celle des groupes contrôles (e.g., Williamson, Davis, Goreczny & Blouin 1989) ce qui, selon plusieurs chercheurs, témoignerait d'une distorsion perceptuelle.

Ces résultats méritent une attention toute particulière. Toutefois, comme les implications de tels résultats dépassent largement le but visé par cette première étude, ils seront repris et discutés davantage au Chapitre 5, ce dernier étant consacré à la discussion des résultats des deux études dans un cadre plus général et ayant une plus grande portée.

Rappelons que des différences significatives entre les jeunes femmes "à tendance boulimique" et celles "non-boulimiques" ont été obtenues pour les trois mesures principales, c'est-à-dire Taquineries antérieures, Croyances au sujet de la minceur, et Saillances des Écarts. Bien que les résultats des tests- t pourraient appuyer les Hypothèses 1, 2 et 3, nous considérons ces résultats comme étant préliminaires et préférons examiner ces trois hypothèses en ayant recours à des statistiques corrélatives avec un échantillon plus grand.

Somme toute, cette première étude nous a permis non seulement de développer et de valider les questionnaires qui seront utilisés dans les modèles d'équations structurales, mais aussi de fournir une base empirique qui puisse soutenir et attester de la valeur adéquate des notions de saillance des écarts entre les sois corporels actuels, désirés et redoutés.

CHAPITRE 4

ÉTUDE 2: VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Introduction

Suite aux résultats de l'Étude 1, cette deuxième étude a été menée dans le but de vérifier les hypothèses émises au Chapitre 2. Effectuée auprès d'un nouvel échantillon de répondantes comparables à l'échantillon de la première étude, cette étude consistait essentiellement à vérifier les relations simples postulées entre les variables (Hypothèses 1, 2, 3 et 4), à vérifier les relations médiatrices et causales entre les variables (Hypothèses 5 et 6), à vérifier l'ensemble du modèle proposé (Hypothèse 7).

Tel que mentionné au Chapitre 2, la méthode d'analyse utilisée afin de vérifier l'ensemble des relations postulées entre les variables, est celle de l'analyse d'équations structurales. En accord avec l'approche fréquemment utilisée par les chercheurs qui utilisent ce type d'analyse, deux étapes ont été effectuées afin de pouvoir vérifier adéquatement le modèle proposé (e.g., Newcomb & Bentler, 1988). La première étape consistait à confirmer la structure factorielle des instruments utilisés pour mesurer les variables latentes du modèle conceptuel. La deuxième étape consistait d'abord à mettre les

modèles de mesure²² à l'épreuve, et ce, pour les variables exogènes de même que pour les variables endogènes, et ensuite, à mettre le modèle structural à l'épreuve.

Pour fins de présentation, la méthode (sujets, instruments et procédure) sera d'abord présentée, étant la même pour les deux étapes subséquentes. Ensuite, les sections "analyses", "résultats" et "sommaire" seront présentées pour les deux étapes respectives. L'ensemble des résultats et leurs implications quant aux hypothèses seront discutés au Chapitre 5.

Méthode

Sujets

Trois-cent-soixante-quatre étudiantes²³ pré-diplômées inscrites à un cours d'introduction à la psychologie offert en anglais ont répondu au questionnaire (cinq classes en tout). La moyenne d'âge de l'ensemble était de 20 ans (E.T. = 3.07); 92 % des étudiantes étaient âgées entre 17 et 25 ans.

À partir de cet échantillon, seules les répondantes ayant un indice de masse corporelle (IMC) se situant entre 19 et 25 ont été gardés. Suivant cette restriction, 46 questionnaires

²² Rappelons qu'on entend par "modèle de mesure" un modèle d'analyse factorielle confirmatoire portant sur un ensemble d'instruments de mesure. Un modèle de mesure est généralement spécifié pour les variables latentes exogènes et un deuxième modèle de mesure est spécifié pour les variables endogènes. Rappelons que le modèle qui spécifie les relations entre les variables latentes, s'appelle "modèle structural".

²³ Cet échantillon est composé de répondantes nouvelles. Aucune des répondantes ayant participé à l'Étude 1 n'ont participé à cette étude. Compte tenu des résultats de la première étude ayant trait aux formes et aux poids actuels, désirés et redoutés des personnes "à tendance boulimique" et "non-boulimiques", une description de ces deux groupes pour l'échantillon de l'Étude 2 est présentée à l'Annexe 5. Tout comme pour l'Étude 1, les portions reflétant les 20% supérieur et inférieur de l'échantillon ont été choisies pour constituer les groupes. Les résultats des tests-t indiquent que les deux groupes du présent échantillon sont comparables aux deux groupes de l'Étude 1.

ont été exclus des analyses à cause d'un IMC trop élevé et 15 ont été exclus à cause d'un IMC trop bas. En tout, 303 sujets ont constitué l'échantillon final de cette étude. La moyenne d'âge était alors de 20 ans (E.T. = 3.14) et 92% d'entre elles étaient âgées entre 17 et 25 ans.

Instruments

Les instruments de mesure utilisés pour cette étude sont l'indice de masse corporelle, le BULIT, les Taquineries antérieures, les Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, les indices de Saillances des écarts entre les sois corporels actuels, désirés et redoutés. Rappelons que les trois dernières mesures ont été développées à l'Étude 1 et démontrent des caractéristiques psychométriques adéquates. Les deux variables latentes présentées ci-dessous sont composées d'échelles de mesure ayant été développées par différents chercheurs.

"Souci corporel". Cette variable est mesurée au moyen d'instruments qui reflètent trois façons dont le souci corporel pourrait se manifester: le mécontentement de l'image corporelle, la préoccupation par l'image corporelle et le sentiment d'être "grosse". Cinq items de l'échelle "Body Dissatisfaction" du "Eating Disorder Inventory" (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) ont été utilisés pour mesurer le mécontentement de l'image corporelle. Cette échelle démontre de très bonnes caractéristiques psychométriques (Thompson, 1990). Les auteurs rapportent un coefficient de cohérence interne de .91 La répondante doit indiquer à partir d'une échelle de 1 ("never") à 6 ("always") la fréquence avec laquelle elle a éprouvé ce qui est écrit dans l'énoncé (voir items 108 à 112 de l'Annexe 1-A).

Pour ce qui est des deux instruments permettant de mesurer la préoccupation par l'image corporelle et le sentiment d'être "grosse", certains items provenant du "Body Shape

Questionnaire" (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) ont été utilisés: 5 items qui mesurent une préoccupation par l'image corporelle (voir items 113, 115, 116, 117, 120, de l'Annexe 1-A), et 5 items qui mesurent le sentiment d'être "grosse" (voir items 114, 118, 119, 121, 122, de l'Annexe 1-A). Ces items ont été choisis à partir de l'étude de Boyer et Girodo (1990) où la structure factorielle du questionnaire a été analysée. Les résultats d'une analyse factorielle exploratoire sur un échantillon de 300 étudiantes universitaires ont révélé que deux facteurs représentaient le plus adéquatement les données. Seuls les items qui semblaient les plus représentatifs de ces facteurs ont été gardés afin d'obtenir une version abrégée de 10 items plutôt que de 34. Une analyse factorielle confirmatoire effectuée à partir d'un deuxième échantillon de 312 étudiantes a permis de confirmer cette structure à deux facteurs. Cette version abrégée démontre de bonnes caractéristiques psychométriques. Le coefficient de cohérence interne est de .86 pour l'échelle mesurant la préoccupation et de .85 pour l'échelle mesurant le sentiment d'être "grosse". Comme pour l'échelle mesurant le mécontentement, la répondante doit indiquer à partir d'une échelle de 1 ("never") à 6 ("always") la fréquence avec laquelle elle a éprouvé ce qui est énoncé.

"Bien-être psychologique". Trois échelles permettent de mesurer cette variable latente. Quatre items du "Beck Depression Inventory"²⁴ (Beck, 1978), qui représentent un échantillon des types de symptômes dépressifs, sont utilisés pour mesurer l'état dépressif (voir items 133 à 136 de l'Annexe 1-A). L'estime de soi, qui est une deuxième composante du Bien-être psychologique tel que défini dans le modèle conceptuel, est mesurée par l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965). Cet instrument consiste en 10 items qui touchent aux sentiments de manque de valeur vs. respect de soi. La répondante indique à partir d'une échelle de 1 ("strongly agree") à 5 ("strongly disagree") jusqu'à quel

²⁴ Trois de ces items ont été choisis parce qu'ils reflétaient une mesure abrégée adéquate de l'inventaire de Beck (Kane, 1981). Un quatrième item reflétant l'aspect psychomoteur de la dépression a été ajouté.

point elle est en accord ou en désaccord avec chaque énoncé (voir items 123 à 132 de l'Annexe 1-A). Finalement, le "Satisfaction with Life Scale" (Diener, Emmon, Larsen & Griffen, 1985) est utilisé comme mesure subjective de bien-être. Ce questionnaire comprend 5 items où le sujet indique à partir d'une échelle de 1 ("Strongly disagree") à 7 ("Strongly agree") à quel point elle est en accord ou en désaccord avec l'énoncé (voir items 137 à 141 de l'Annexe 1-A). Cet instrument démontre de très bonnes caractéristiques psychométriques. Les auteurs rapportent une cohérence interne élevée (Alpha = .87) et un coefficient de fidélité test-retest élevé ($r = .82$; intervalle de deux mois).

Procédure

Le questionnaire a été administré aux étudiantes pendant les quarante-cinq dernières minutes d'une classe régulière. Ce questionnaire comprenait l'ensemble de toutes les échelles et mesures déjà présentées. Les hommes ont été priés de se retirer de la classe et les femmes ont été invitées à s'asseoir de façon à laisser une chaise ou plus entre elles. Cette procédure, développée à partir d'expériences antérieures pour l'administration de questionnaires à de gros groupes permet aux étudiantes de répondre au questionnaire de façon consciencieuse.

Une introduction à la recherche de même que les instructions ont été présentées avant la distribution des questionnaires. Les étudiantes ont été informées du fait que leurs réponses seraient confidentielles, que leur participation était volontaire et qu'elles avaient le droit de cesser leur participation en tout temps. L'expérimentatrice leur a ensuite expliqué qu'elles pouvaient prendre part à des sessions expérimentales portant sur le même sujet; des explications ont été données quant à la nature de ces sessions en laboratoire. Les étudiantes ont été invitées à lire les directives présentées sur le questionnaire et à répondre sur la feuille-réponse qui leur avait été distribuée. Celles qui étaient intéressées à participer à des

sessions expérimentales futures ont été priées d'inscrire leur nom et leur numéro de téléphone sur la feuille-réponse. L'expérimentatrice est demeurée en salle de classe pendant la durée de l'administration pour répondre aux questions.

ÉTAPE 1

ANALYSES FACTORIELLES CONFIRMATOIRES ET CORRÉLATIONS SIMPLES

Les buts de cette présente section étaient d'effectuer des analyses confirmatoires en guise de première étape pour les analyses structurales subséquentes, puis de vérifier les relations simples et directes entre les mesures.

À l'Étude 1, les structures factorielles des deux questionnaires, Taquineries antérieures et Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, ont été examinées. Suite à cette première étude, il importait d'examiner de nouveau ces structures mais cette fois-ci, auprès d'un nouvel échantillon et au moyen d'analyses factorielles confirmatoires. Ce type d'analyse permet de confirmer que les items reflètent bel et bien les facteurs postulés. Deux autres analyses confirmatoires s'avéraient aussi nécessaires. Les items des questionnaires permettant de mesurer le Souci corporel et le Bien-être psychologique devaient aussi être soumis à une telle analyse afin de vérifier leur structure factorielle. Signalons que le coefficient de cohérence interne a été calculé pour les questionnaires portant sur le Souci corporel et le Bien-être psychologique.

Pour ce qui est des mesures de Saillances, ces items ne se prêtaient pas à l'analyse factorielle confirmatoire. Aussi, comme le BULIT a été utilisé en tant que score global

mesurant une seule variable latente, l'analyse factorielle confirmatoire n'était pas appropriée.

Au niveau du questionnaire Taquineries antérieures, les items formant les échelles de "Taquineries" et de "Intériorisation" tels qu'identifiés à l'Étude 1 devraient représenter adéquatement la structure factorielle du questionnaire. De la même façon, le questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité devrait être adéquatement représenté par les items qui constituent les deux sous-échelles "Croyances-minceur" et "Croyances-obésité". Les cinq items des trois sous-échelles du questionnaire permettant de mesurer le Souci corporel devraient saturer exclusivement sur leur facteur respectif, de façon à représenter les facteurs suivants: "Mécontentement", "Préoccupation" et "Sentiments d'être grosse". Finalement, la structure factorielle du questionnaire permettant de mesurer la variable latente Bien-être psychologique devrait être adéquatement représentée par trois facteurs, lesquels mesurent l'"Estime de soi", la "Satisfaction de vie" et les "Symptômes dépressifs". La cohérence interne devrait être adéquate pour chacun des quatre instruments de mesure présentés.

Analyses

Les analyses factorielles confirmatoires ont été effectuées par l'entremise du programme LISREL VI (Jöreskog & Sörbom, 1984). Les matrices de corrélations²⁵ entre les items des questionnaires ont été utilisées pour ces analyses. Chacune des quatre matrices de corrélations représentant les questionnaires Taquineries antérieures, Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, Souci corporel, et Bien-être psychologique, est

²⁵ Les matrices de corrélations ont été utilisées pour ces analyses, étant donné que dans le cas des analyses factorielles confirmatoires, contrairement à l'analyse d'équations structurales, un seul système métrique est pris en considération. Les covariances sont alors comparables à celles qui sont représentées par les corrélations puisque les "déviations" représentées par les covariances sont "fixées" à l'unité et représentent alors tout simplement des écarts-types. (McDonald, 1985; p.97).

présentée aux Tableaux C, D, E et F de l'Annexe 6, respectivement. Tel que mentionné à l'Étude 1, afin d'évaluer le niveau de correspondance entre la structure factorielle proposée et la structure factorielle saturée, le programme LISREL calcule une valeur de chi-carré. Cette valeur permet une prise de décision quant à l'acceptation ou le rejet de l'hypothèse nulle. Rappelons que le chi-carré est très sensible aux variations dans les distributions normales et de plus, la valeur de cette mesure statistique augmente directement en fonction de la grandeur de l'échantillon. Par conséquent, un chi-carré significatif n'indique pas nécessairement qu'un modèle ne représente pas adéquatement les données.

Différents indices seront utilisés pour cette étude afin de mieux évaluer la justesse de la correspondance. L'indice de Bentler et Bonett (1980), généralement appelé "Normed Fit Index" ou NFI sera utilisé; rappelons que cet indice varie entre 0 (une correspondance qui n'est pas meilleure que celle du modèle nul, donc aucune amélioration) et 1 (une correspondance parfaite entre le modèle et les données). Le GFI ("Goodness of Fit Index") sera utilisé pour cette étude. Cet indice, qui varie entre 0 et 1, indique si la justesse de la correspondance est adéquate. Plus cet indice est élevé, mieux les données sont représentées par le modèle postulé. L'indice AGFI ("Adjusted Goodness of Fit Index") sera aussi rapporté. Cet indice est semblable au GFI mais tient compte du nombre de degrés de liberté dans le modèle. Aussi, un examen des valeurs résiduelles permettra de vérifier si le nombre de facteurs rend suffisamment compte des covariances entre les variables (McDonald, 1985).

Résultats

Une vérification de la distribution normale des variables a été effectuée. Seuls les quatre items portant sur l'état dépressif ont une kurtose qui dévie considérablement de la

courbe normale. Étant donné cette anomalie, une vérification de la distribution de ces items a été effectuée pour les groupes "À tendance boulimique" (N = 64) et "Non-boulimique" (N=67) du présent échantillon. À la lecture des résultats présentés à l'Annexe 7, il est possible de constater que la distribution des scores est dissymétrique et que la kurtose est assez marquée pour le groupe "À tendance boulimique". Cet état de fait ne nous permet pas de tirer des conclusions au sujet du rôle de la dépression chez les personnes "à tendance boulimique" dans la présente étude. Malgré cette déviation, la méthode d'estimation de vraisemblance maximale (ML) a été utilisée²⁶ pour chaque analyse factorielle. Un tableau sommaire des caractéristiques statistiques de tous les items utilisés pour cette étape est présenté au Tableau G de l'Annexe 8.

Taquineries antérieures

Un modèle qui permet la saturation des items pour les deux facteurs tels que définis à l'Étude 1, a été mis à l'épreuve. Plus précisément, le modèle spécifiait la saturation des trois items mesurant les taquineries sur le facteur "Taquineries" et des trois items mesurant l'évaluation négative de l'image corporelle sur le facteur "Intériorisation". Les variances des facteurs ont été fixées de façon à permettre l'identification²⁷ du modèle. La corrélation

²⁶ La normalité de la distribution est un postulat de base qui sous-tend l'analyse factorielle et l'analyse d'équations structurales, particulièrement lorsque la méthode d'estimations de vraisemblance maximale est utilisée. Malheureusement le modèle statistique LISREL ne possède pas une méthode d'estimation adéquate qui puisse à la fois tenir compte des déviations de la normalité et donner une estimation de la justesse de la correspondance (soit un chi-carré). La méthode idéale en serait une de "distribution libre asymptotique" (Browne, 1984) qui est disponible pour le programme EQS de Bentler (1985). À la lecture du Tableau G (Annexe 6), on peut constater que certaines variables s'écartent de la normalité (kurtose et symétrie). La valeur du chi-carré pourrait alors être exagérée; il importe alors que l'interprétation des résultats soit faite avec prudence pour les analyses effectuées à partir de ces données.

²⁷ Un modèle doit être identifié pour que les estimations des paramètres résultent en des interprétations valables. Si le modèle n'est pas adéquatement identifié, les estimations pourraient ne pas être uniques et deviendraient alors arbitraires.

entre les deux facteurs a été permise. Les résultats indiquent que ce modèle reflète assez bien la structure factorielle du questionnaire, $\chi^2(8, N = 303) = 16.37, p < .04$. Bien que le chi-carré soit significatif, rappelons que la grosseur de l'échantillon peut influencer cet indice et qu'il est important de considérer d'autres indices additionnels. Or, le NFI de Bentler et Bonett (1980) est de .97, ce qui démontre qu'il y a une amélioration importante lorsque l'on compare ce modèle avec le modèle nul ($\chi^2(21, N = 303) = 648.08, p < .001$). Le GFI est de .93, et le AGFI est de .95, ce qui indique aussi que le modèle semble entièrement adéquat. L'examen des valeurs résiduelles révèle que toutes ces valeurs sont au-dessous de .100²⁸, et que le carré de la moyenne des résiduels ("Root Mean Square Residual" ou RMSR) est de .038, ce qui tend à démontrer que le nombre de facteurs représente adéquatement les données. Compte tenu de l'ensemble de ces résultats, nous considérons la structure postulée comme étant une représentation acceptable des données.

Il est à signaler que toutes les valeurs des saturations sont significatives, étant donné leur valeur-t qui est bien au-delà du critère généralement accepté²⁹. La Figure 6³⁰ présente le modèle de l'analyse factorielle confirmatoire pour les Taquineries antérieures. Les moyennes des scores obtenus pour les items permettant de mesurer ces deux facteurs seront utilisées pour représenter la variable latente Taquineries antérieures dans les analyses subséquentes (à l'étape 2 de la présente étude).

²⁸ Le nombre de facteurs devrait suffisamment compte des covariances entre les variables lorsque toutes les covariances résiduelles sont moins de .100 (McDonald, 1985; p.57).

²⁹ Les valeurs-t sont des valeurs qui sont données suite à l'analyse et qui permettent de déterminer si les paramètres estimés sont significatifs. En général, une valeur de 2 permet d'affirmer que la valeur du paramètre est significative (Byrne, 1990).

³⁰ Rappelons que les cercles représentent des variables latentes, les rectangles représentent des variables observées, les flèches unidirectionnelles entre les cercles et les rectangles représentent des saturations sur les facteurs, les courbes avec flèches à deux directions représentent des corrélations et finalement, les flèches originant des cercles les plus petits allant aux variables observées représentent leurs valeurs résiduelles. Rappelons aussi que pour les modèles structuraux (à venir), les flèches unidirectionnelles entre les cercles représentent des relations de causalité entre les variables latentes.

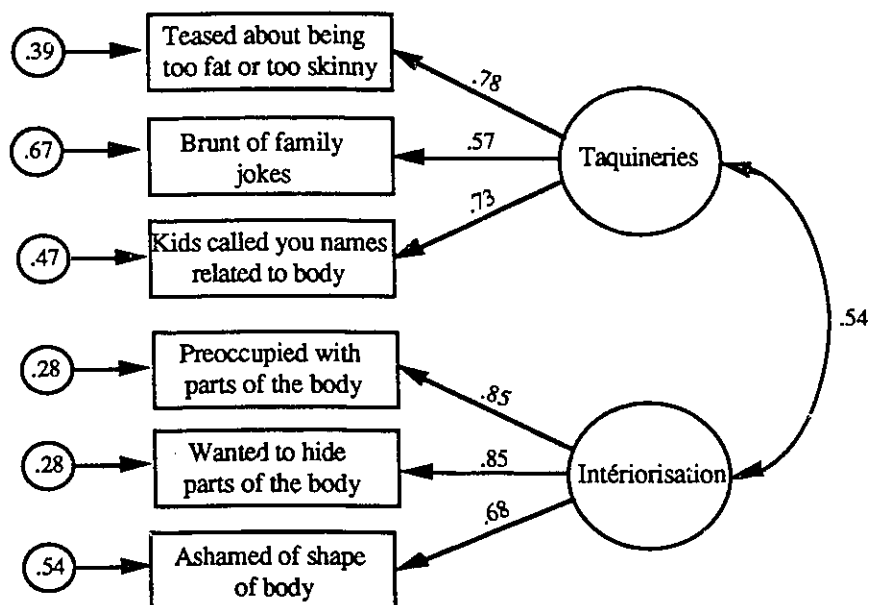


Figure 6. Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Taquineries Antérieures.

Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Un modèle qui permet la saturation des items pour les facteurs "Croyances-minceur" et "Croyances-obésité", tel qu'identifié à l'Étude 1 a été vérifié au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire. Les 4 items qui permettent de mesurer les croyances au sujet de la minceur devaient nécessairement saturer le facteur "Croyances-minceur" et les 4 items qui permettent de mesurer les croyances au sujet de l'obésité devaient saturer le facteur "Croyances-obésité". Les variances des facteurs ont été fixées de façon à permettre l'identification du modèle. La corrélation entre les deux facteurs a été permise. Les résultats de cette première analyse indiquent que ce modèle ne semble pas à première vue représenter adéquatement les données. En effet, la valeur du chi-carré est significative

($\chi^2(19, N = 303) = 86.99, p < .001$). Toutefois, l'indice GFI est de .93 et le AGFI est de .87, ce qui tend à démontrer que le modèle peut tout de même être adéquat. Le coefficient NFI est de .89, ce qui tend à montrer que ce modèle initial représente une amélioration acceptable de correspondance, lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(36, N = 303) = 777.25, p < .001$).

Étant donné ce premier résultat, trois modifications post-hoc ont été apportées au modèle afin d'améliorer la correspondance. Suite à l'examen des valeurs résiduelles, des indices de modifications, et des dérivés de premier ordre³¹, certaines corrélations ont été permises entre les erreurs des variables observées (en trois étapes consécutives), ce qui a contribué à une baisse considérable du chi-carré.

Les corrélations entre ces erreurs peuvent être justifiées puisqu'elles peuvent refléter une certaine covariance entre les données qui ne pouvait être prévue à priori par le modèle (Newcomb & Bentler, 1988) ou encore, des relations entre les données qui sont propres à l'échantillon (Byrne, 1990; Tanaka & Huba, 1984). Les comparaisons de l'amélioration pour chacun des quatre modèles sont présentées au Tableau 10. Le coefficient GFI du quatrième et dernier modèle est de .98, et le NFI est de .96 ce qui démontre qu'il y a une amélioration importante lorsque l'on compare ce modèle avec le modèle nul. Finalement, suite à un examen des valeurs résiduelles, ces dernières étant toutes au-dessous de .100 (le RMSR étant de .034), ce modèle est considéré comme étant une représentation adéquate des données. La Figure 7 présente les saturations obtenues par ce modèle final de l'analyse factorielle confirmatoire. Signalons que tous les items ont des saturations significatives, c'est-à-dire des paramètres pour lesquels les valeurs- t sont au-delà de 2.00.

³¹ Les indices de modifications sont des valeurs qui donnent la réduction approximative du chi-carré si tel ou tel paramètre particulier est libéré. Ces indices sont donnés suite à l'analyse et doivent être utilisés avec réserve puisque toute modification doit être d'abord conceptuellement justifiée.

Puisque les deux facteurs mesurent des concepts qui sont intimement reliés, soit les croyances au sujet de l'image corporelle, il était attendu que la corrélation entre les facteurs serait assez élevée. Les résultats démontrent en effet que la relation entre les facteurs est assez forte. Les moyennes des deux sous-échelles seront utilisées pour représenter la variable latente "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité".

Tableau 10

Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des quatre modèles du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Modèles	χ^2 (N = 303)	dl	p	NFI	GFI	AGFI
Modèle nul	777.25	36	<.001	.000	.507	.507
Modèle 1	86.99	19	<.001	.888	.933	.873
Modèle 2 (lorsque TD _{6,5} est libre)	54.87	18	<.001	.929	.957	.913
Modèle 3 (lorsque TD _{6,5} ; TD _{7,4} sont libres)	41.03	17	<.001	.947	.970	.936
Modèle 4 (lorsque TD _{6,5} ; TD _{7,4} ; TD _{8,5} sont libres)	32.08	16	<.010	.958	.975	.943

Note: TD réfère aux paramètres *Theta Delta*; ces paramètres représentent les variances d'erreurs des variables observées.

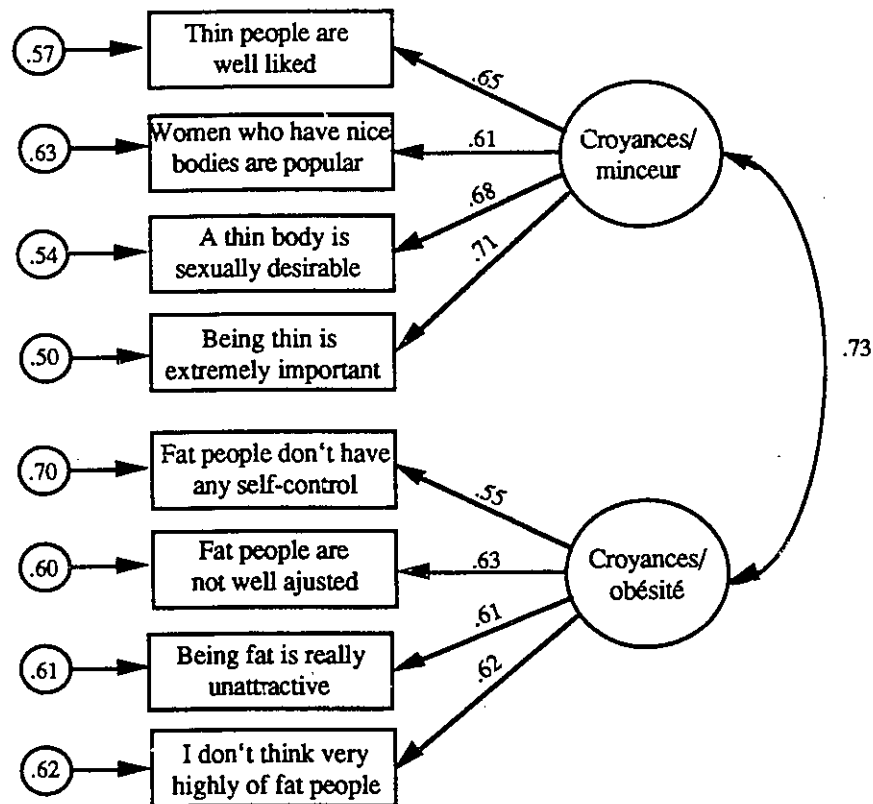


Figure 7. Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité

Souci corporel

Le Souci corporel est une variable latente ayant préalablement été définie pour les besoins du modèle conceptuel. Le modèle qui a été mis à l'épreuve pour l'analyse factorielle confirmatoire de ce questionnaire permet la saturation des cinq items mesurant le mécontentement sur un premier facteur³², puis la saturation des cinq items mesurant la

³² Signalons que les scores des 3 items qui sont formulés positivement (e.g., "I feel satisfied with the shape of my body") ont été inversés de telle sorte que plus le score est élevé, plus il représente un grand mécontentement.

préoccupation sur un deuxième facteur, et finalement la saturation des cinq items mesurant le sentiment d'être "grosse" sur un troisième facteur. La corrélation entre les trois facteurs a été permise. Les sous-échelles mesurant des concepts intimement reliés, il était attendu que cette corrélation serait plutôt élevée. Les variances des facteurs ont été fixées de façon à permettre l'identification du modèle. Les résultats de l'analyse indiquent que ce modèle ne semble pas représenter adéquatement les données, la valeur du chi-carré étant significative $\chi^2(87, N = 303) = 297.16, p < .001$. Toutefois, l'indice GFI est de .88 et le AGFI est de .84, ce qui tend à démontrer que le modèle pourrait tout de même être acceptable. Le coefficient NFI est de .88, ce qui semble indiquer que ce modèle initial représente une certaine amélioration de la correspondance, lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(120, N = 303) = 2393.71, p < .001$).

Suite à cette première analyse, certaines modifications post-hoc ont été apportées au modèle afin d'en améliorer la correspondance. L'examen des valeurs résiduelles, des indices de modifications et des dérivés de premier ordre a permis de faire quatre ajustements consécutifs. Ainsi, quatre corrélations ont été permises entre certaines paires d'erreurs pour les variables observées, ce qui a contribué à une baisse considérable du chi-carré. Les comparaisons de l'amélioration pour chacun des cinq modèles sont présentées au Tableau 11. Le coefficient NFI du cinquième et dernier modèle est alors de .93; l'indice GFI est de .93 et le AGFI est de .91, ce qui semble indiquer que la justesse de la correspondance est acceptable. Aussi, à l'exception de 5 valeurs résiduelles, lesquelles varient entre .104 et .142, toutes les valeurs résiduelles sont au-dessous de .100 et le RMSR est de .05. Ceci semble indiquer que les trois facteurs rendent suffisamment compte des corrélations entre les items. Les résultats de cette analyse sont présentés à la Figure 8. Pour fins de présentation, les items ont été abrégés; les items complets et leurs

abréviations sont présentés à l'Annexe 4-C. Signalons que toutes les valeurs des saturations sont significatives. Les corrélations entre les facteurs sont assez élevées, ce qui tend à démontrer que les 3 sous-échelles mesurent des comportements qui sont en effet intimement reliés.

Tableau 11

Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des cinq modèles du questionnaire Souci corporel

Modèles	χ^2 (N = 303)	dl	p	NFI	GFI	AGFI
Modèle nul	2393.71	120	<.001	.000	.268	.268
Modèle 1	297.16	87	<.001	.875	.881	.836
Modèle 2 (lorsque TD _{13,12} est libre)	232.68	86	<.001	.903	.905	.867
Modèle 3 (lorsque TD _{13,12} ; TD _{4,1} sont libres)	205.56	85	<.001	.914	.920	.887
Modèle 4 (lorsque TD _{13,12} ; TD _{4,1} ; TD _{3,2} sont libres)	188.40	84	<.001	.921	.925	.893
Modèle 5 (lorsque TD _{13,12} ; TD _{4,1} ; TD _{3,2} ; TD _{12,3} sont libres)	172.64	83	<.001	.928	.932	.902

TD = *Theta Delta*.

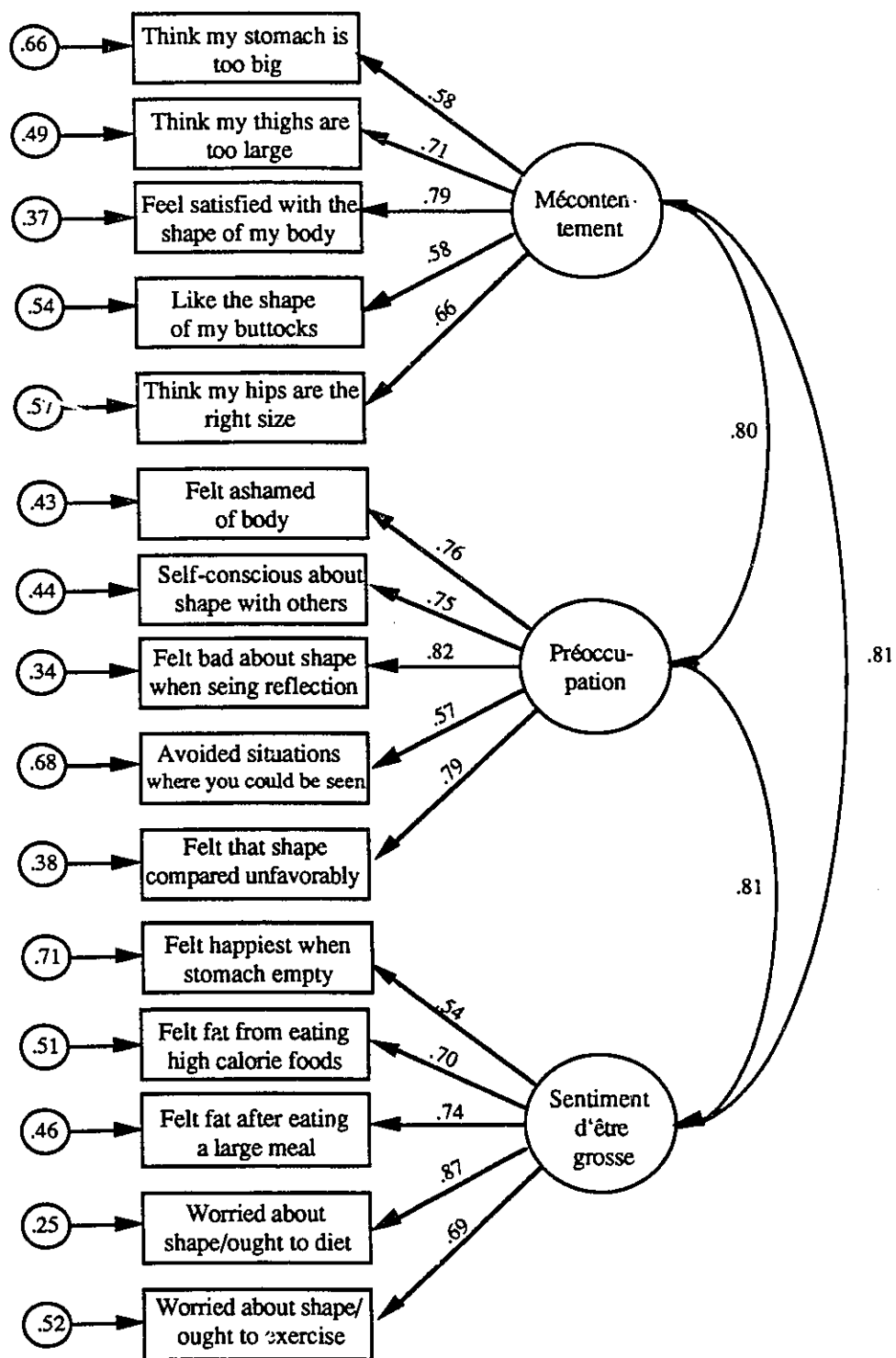


Figure 8. Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Souci corporel

Bien-être psychologique

Le Bien-être psychologique a été défini pour les besoins de la présente recherche comme étant un échantillon de conséquences affectives pouvant accompagner la boulimie. Cette variable latente est alors évaluée au moyen de questionnaires portant sur les tendances dépressives, l'estime de soi et la satisfaction de vie de la personne. Pour cette analyse factorielle confirmatoire, un modèle qui permet la saturation des 10 items mesurant l'estime de soi sur un premier facteur³³, puis la saturation des 4 items mesurant la satisfaction de vie sur un deuxième facteur, et finalement la saturation des 5 items mesurant les symptômes dépressifs sur un troisième facteur a été mis à l'épreuve. Les variances des facteurs ont été fixées de façon à permettre l'identification du modèle. La corrélation entre les trois facteurs a été permise. Les résultats de l'analyse indiquent que le chi-carré est significatif, ce qui pourrait suggérer que le modèle ne représente pas adéquatement les données $\chi^2(149, N = 303) = 632.47, p < .001$. Par contre, l'indice GFI est de .82 et le AGFI est de .77, ce qui indique que le modèle pourrait être adéquat. De plus, le coefficient NFI est de .81, indiquant que le modèle rend compte d'approximativement 81% du manque de correspondance lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(190, N = 303) = 3274.20, p < .001$).

Étant donné ces résultats, 4 modifications post-hoc ont été apportées au modèle afin d'améliorer la correspondance entre la structure postulée et les covariances entre les données. L'examen des valeurs résiduelles, des indices de modifications et des dérivés de premier ordre, a permis de faire ces 4 ajustements consécutifs. Des corrélations ont été permises entre 4 paires d'erreurs de variables observées, ce qui a contribué à une baisse du chi-carré et une amélioration de la justesse de la correspondance. Les comparaisons de l'amélioration pour chacun des cinq modèles sont présentées au Tableau 12. Le coefficient NFI du cinquième et dernier modèle est alors de .91, l'indice GFI est de .91 et le AGFI est de .88, ce qui semble indiquer que la justesse de la correspondance est tout de même

³³ Signalons que les scores des 5 items qui sont formulés négativement (e.g., "I certainly feel useless at times") ont été inversés de telle sorte que plus le score est élevé, plus il représente une estime de soi élevée.

acceptable. Le RMSR est de .055, et les valeurs résiduelles, quoique dix d'entre elles soient entre .100 et .134, ne semblent pas refléter de structure particulière (ce qui pourrait suggérer qu'un autre facteur sous-tend les données).

Il est à signaler que chacune des saturations de cette structure factorielle sont significatives (selon les valeurs-t). La Figure 9 présente le modèle final de la structure du questionnaire Bien-être psychologique. Pour fins de présentation, les items ont été abrégés; les items complets et leurs abréviations sont présentés à l'Annexe 4-D. Les moyennes des facteurs seront alors utilisées pour mesurer la variable latente Bien-être psychologique à l'Étape 2 de cette étude. Signalons que la cohérence interne du questionnaire portant sur l'estime de soi est de .87, alors qu'elle est de .89 pour le questionnaire portant sur la satisfaction de vie et de .61 pour les quatres items portant sur les symptômes dépressifs.

Tableau 12

Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des cinq modèles du questionnaire Bien-être psychologique

Modèles	χ^2 (N = 303)	dl	p	NFI	GFI	AGFI
Modèle nul	3274.20	190	<.001	.000	.280	.280
Modèle 1	632.47	149	<.001	.807	.817	.767
Modèle 2 (lorsque TD _{2,1} est libre)	439.04	148	<.001	.866	.866	.828
Modèle 3 (lorsque TD _{2,1} ; TD _{10,9} sont libres)	336.88	147	<.001	.897	.895	.864
Modèle 4 (lorsque TD _{2,1} ; TD _{10,9} ; TD _{7,6} sont libres)	309.40	146	<.001	.906	.902	.873
Modèle 5 (lorsque TD _{2,1} ; TD _{10,9} ; TD _{7,6} ; TD _{16,15} sont libres)	296.26	145	<.001	.910	.906	.877

TD = *Theta Delta*.

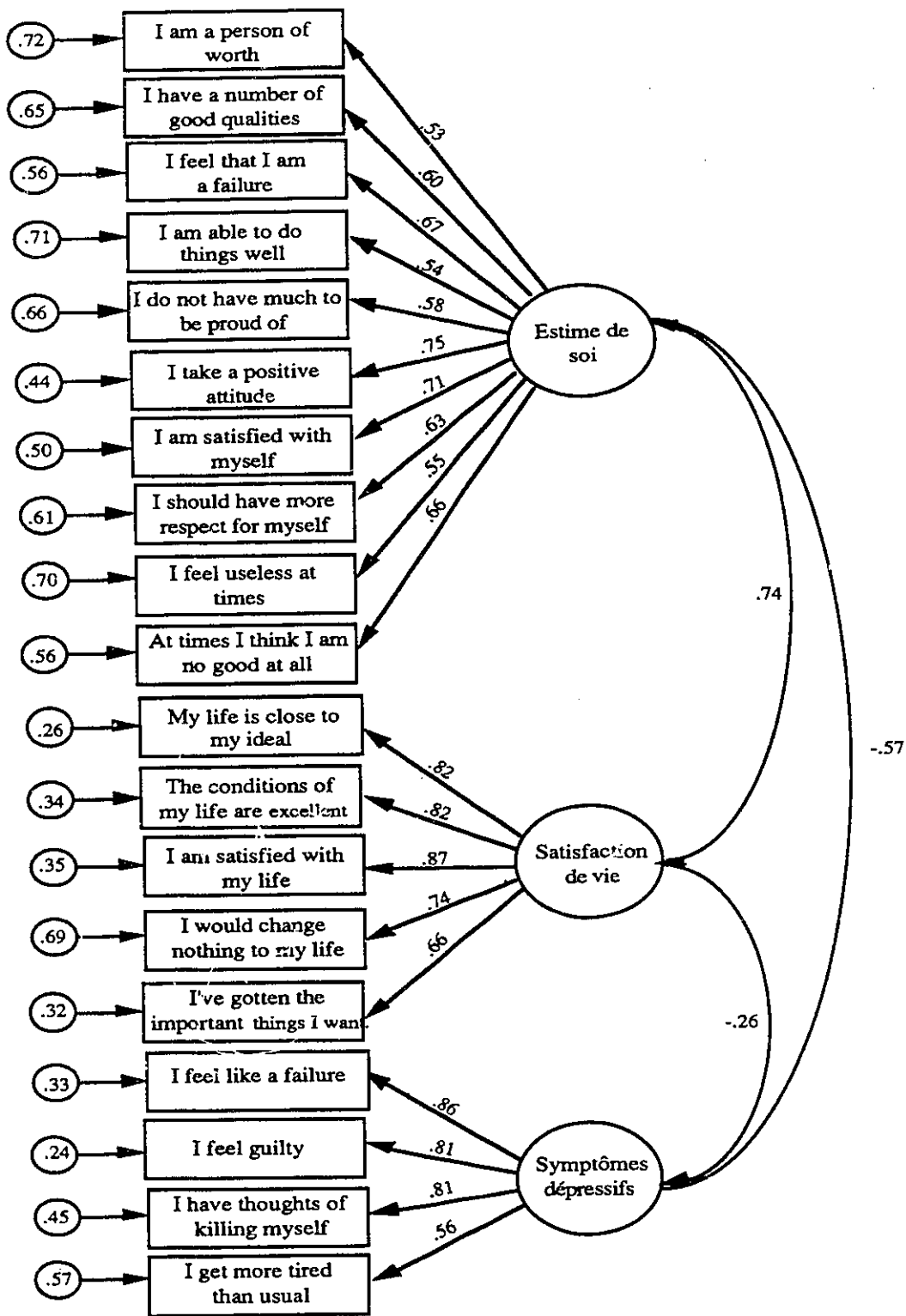


Figure 9. Modèle d'analyse factorielle confirmatoire représentant la structure du questionnaire Santé mentale

Afin de vérifier les relations postulées entre les mesures, plus précisément: 1) entre les Taquineries antérieures et les Comportements boulimiques, 2) entre les Croyances au sujet de la minceur et l'obésité et les Comportements boulimiques, 3) entre les Saillances des écarts et les Comportements boulimiques et 4) entre les Saillances des écarts et le Souci corporel, des corrélations simples ont été effectuées. Le Tableau 13 présente les résultats de ces corrélations simples et inclut l'ensemble de toutes les corrélations en guise d'information.

Tableau 13

Matrice de corrélations simples entre les mesures.

	T	C	SE-fd	SE-pd	SE-fr	SE-pr	SC	BULIT	SM
*Taquineries (T)	1.00								
*Croyances (C)	0.22	1.00							
SE-fd	0.36	0.40	1.00						
SE-pd	0.29	0.26	0.76	1.00					
SE-fr	0.27	0.44	0.64	0.56	1.00				
SE-pr	0.24	0.22	0.54	0.45	0.58	1.00			
*Souci corporel (SC)	0.44	0.37	0.77	0.65	0.63	0.41	1.00		
*BULIT	0.32	0.45	0.68	0.64	0.62	0.47	0.67	1.00	
*Bien-être psycho.(BP)	-0.28	-0.20	-0.36	-0.22	-0.30	-0.22	-0.32	-0.35	1.00

SE-fd = Saillance de l'écart entre la forme corporelle actuelle et désirée

SE-pd = Saillance de l'écart entre le poids actuel et désiré

SE-fr = Saillance de l'écart entre la forme corporelle actuelle et redoutée

SE-pr = Saillance de l'écart entre le poids actuel et redouté

Note: - Toutes les corrélations sont significatives à $p = .001$.

- Les valeurs en lettres grasses ont trait aux hypothèses portant sur les relations simples de ces variables observées.

* - Ces mesures représentent la somme des scores moyens de leurs composantes respectives.

Comme il est possible de le constater à la lecture du Tableau 13, les Taquineries antérieures, les Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, ainsi que les Saillances des écarts sont toutes positivement et significativement corrélées avec les Comportements boulimiques (BULIT). Ces mêmes mesures sont aussi corrélées négativement avec le Bien-être psychologique. Finalement, les Saillances des écarts entre la forme actuelle/désirée, le poids actuel/désiré, la forme actuelle/redoutée et le poids actuel/redouté sont toutes corrélées positivement avec le Souci corporel.

Sommaire

Le but de cette première étape était de vérifier: 1) la structure des questionnaires utilisés pour évaluer les variables latentes, et 2) les hypothèses postulées au Chapitre 2, concernant les relations simples entre certaines mesures.

Dans un premier temps, il semble que les structures factorielles des quatre questionnaires ont été soutenues empiriquement par l'entremise de l'analyse factorielle confirmatoire. Les hypothèses concernant la structure du questionnaire Taquineries antérieures ont été supportées. De la même façon, la variable latente ayant trait aux Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité peut être adéquatement représentée par deux facteurs. Les hypothèses ayant trait au questionnaire utilisé pour mesurer le Souci corporel ont aussi été supportées. Il semble donc que les trois sous-échelles puissent représenter adéquatement cette variable latente. Finalement, bien que le modèle représentant le Bien-être psychologique ne soit pas aussi bien ajusté aux données que les modèles précédents, rappelons que certains items utilisés pour mesurer cette variable déviaient modérément de la normalité. Ceci aurait pu avoir un effet au niveau de l'ampleur du chi-carré. En tenant compte de cette particularité, les résultats de la dernière analyse factorielle confirmatoire semblent acceptables et permettent d'évaluer la variable latente

Bien-être psychologique au moyen des trois facteurs postulés. Les coefficients de cohérence interne obtenus à partir de l'échantillon de 303 sujets suggèrent que les questionnaires utilisés pour la présente analyse ont une fidélité adéquate.

Dans un deuxième temps, les résultats concernant les relations simples ont démontré que telles que postulées, les nouvelles mesures permettant d'évaluer les Taquineries antérieures, les Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité et les Saillances des écarts sont positivement corrélées avec les Comportements boulimiques, et négativement corrélées avec le Bien-être psychologique. Aussi, les indices de Saillances des écarts sont assez fortement corrélés avec le Souci corporel. Ces résultats soutiennent les Hypothèses 1, 2, et 3, concernant les relations simples postulées entre les concepts psychologiques.

ÉTAPE 2

ANALYSES DES MODÈLES DE MESURE ET DU MODÈLE STRUCTURAL

À l'étape précédente, la structure des questionnaires mesurant les variables latentes a été vérifiée. Le but de la présente étape était de vérifier si la structure des **modèles de mesure** pour les variables exogènes et endogènes proposée était adéquate. Suite à cette analyse, le **modèle structural** a été mis à l'épreuve.

Analyses

Les analyses ont été effectuées par l'entremise du programme LISREL VI (Jöreskog & Sörbom, 1984). La matrice de variances-covariances entre les variables a été utilisée pour ces analyses. Le tableau H de l'Annexe 9 présente la matrice de variances-covariances qui inclut toutes les variables utilisées à la fois pour le modèle de mesure et le modèle structural.

Résultats

Une vérification de la distribution normale des variables a été effectuée. Au niveau des variables propres au modèle conceptuel postulé, les scores de Saillances des écarts à la fois pour les sois corporels actuels/redoutés et les sois corporels actuels/désirés avaient une kurtose modérément élevée (la valeur maximum de kurtose était de 7.85 pour la Saillance

de l'écart poids actuel/redouté). Rappelons que ces scores ont été obtenus à partir d'équations et que c'est l'ampleur relative du score qui représente l'importance des saillances et non pas la valeur proprement dite du score; l'échelle est alors essentiellement arbitraire.

Cet état de fait permet de faire des transformations sans que l'interprétation des résultats en soit nécessairement affectée. Étant donné que le problème de distribution se situait essentiellement au niveau de la kurtose, les racines carrées des valeurs ont été calculées, ce qui a permis de normaliser la distribution de la courbe. Les scores ainsi obtenus se situent alors sur une échelle de 0 à 5.92, allant d'une Saillance très faible à une Saillance très forte des écarts. Un tableau sommaire des caractéristiques statistiques de toutes les variables utilisées pour cette étape est présenté au Tableau I de l'Annexe 10.

Modèle découlant du modèle conceptuel postulé

Modèle de mesure des variables exogènes

Au niveau du modèle conceptuel proposé, un modèle qui permettait la saturation des moyennes des sous-échelles sur leur variable latente respective, soit Taquineries antérieures et Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, a été mis à l'épreuve. La corrélation entre les facteurs a été allouée et les variances des facteurs ont été fixées à 1 afin d'assurer l'identification du modèle. Les résultats de cette analyse démontrent que le modèle de mesure pour les variables exogènes représente adéquatement la structure des données. En effet, le chi-carré n'est pas significatif ($\chi^2(1, N = 303) = .19, p < .662$), ce qui confirme la structure factorielle postulée. De plus, le GFI est de 1.00, le AGFI est de .99, et le NFI est de .99, ce qui indique que le modèle postulé représente une nette amélioration de la correspondance lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(10, N = 303) = 288.61, p < .001$). Les valeurs résiduelles normalisées³⁴ sont toutes au-dessous de 2.00 et le RMSR est de

.006. Ce modèle est alors considéré comme étant une représentation très adéquate des données. Les paramètres sont tous significatifs, les valeurs- t étant au-delà de 2.00 pour chacun. La Figure 10 présente les saturations qui résultent de cette analyse.

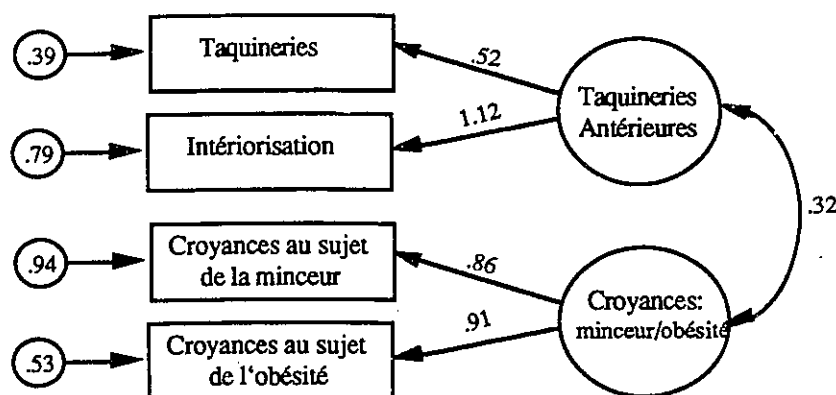


Figure 10. Modèle de mesure final pour les variables exogènes du modèle conceptuel proposé.

Modèle de mesure des variables endogènes

Pour les variables endogènes du modèle conceptuel proposé, un modèle permettant la saturation des variables sur leur facteur respectif a aussi été mis à l'épreuve. Les variances des 5 facteurs ont été fixées à 1 afin de permettre l'identification du modèle de mesure. La corrélation entre les facteurs a aussi été allouée.

Les résultats de cette analyse factorielle confirmatoire révèlent que le modèle initial ne semble pas représenter adéquatement les données. En effet, la valeur du chi-carré est significative ($\chi^2(35, N = 303) = 114.71, p < .001$). Par contre, le NFI est assez élevé

³⁴ La matrice utilisée pour les analyses de cette Étape 2 étant une matrice de variances-covariances, nous avons recours aux valeurs résiduelles *normalisées*; en général, des valeurs de moins de 2.00 indiquent que les résidus sont assez bas et que les facteurs rendent compte des covariances entre les données (Byrne, 1990).

(.96), ce qui indique que le modèle postulé représente une amélioration de la correspondance lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(66, N = 303) = 2921.23, p < .001$) et peut être tout de même acceptable. Certaines modifications post-hoc pourraient alors améliorer la correspondance entre la structure postulée et la structure propre aux données. Signalons aussi que le GFI de ce premier modèle est de .93 et que le AGFI est de .87.

Suite à un examen des indices de modification et des dérivés de premier ordre, une seule modification post-hoc a été effectuée. Cette modification, qui nous semble justifiée conceptuellement, permet la corrélation entre les erreurs d'une composante du souci corporel et le BULIT. Le Tableau 14 présente les 2 modèles consécutifs et leurs valeurs respectives pour le chi-carré, le NFI, le GFI et le AGFI.

Le NFI du modèle final présenté à la Figure 11, est de .97 et indique que le modèle représente une amélioration acceptable de correspondance lorsque comparé au modèle nul. Aussi, les valeurs résiduelles normalisées de ce dernier modèle sont toutes au-dessous de 2.00, et le RMSR est de .03. Tous les paramètres de ce modèle final sont significatifs (valeurs- t étant au-dessus de 2.00).

Tableau 14

Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des deux modèles de mesure des variables endogènes du modèle conceptuel proposé.

Modèles	χ^2 (N = 303)	dl	p	NFI	GFI	AGFI
Modèle nul	2921.23	66	<.001	.000	.261	.261
Modèle 1	114.71	35	<.001	.961	.933	.874
Modèle 2 (final) (lorsque TD _{8,6} est libre)	86.51	34	<.001	.970	.948	.900

TD = *Theta Delta*.

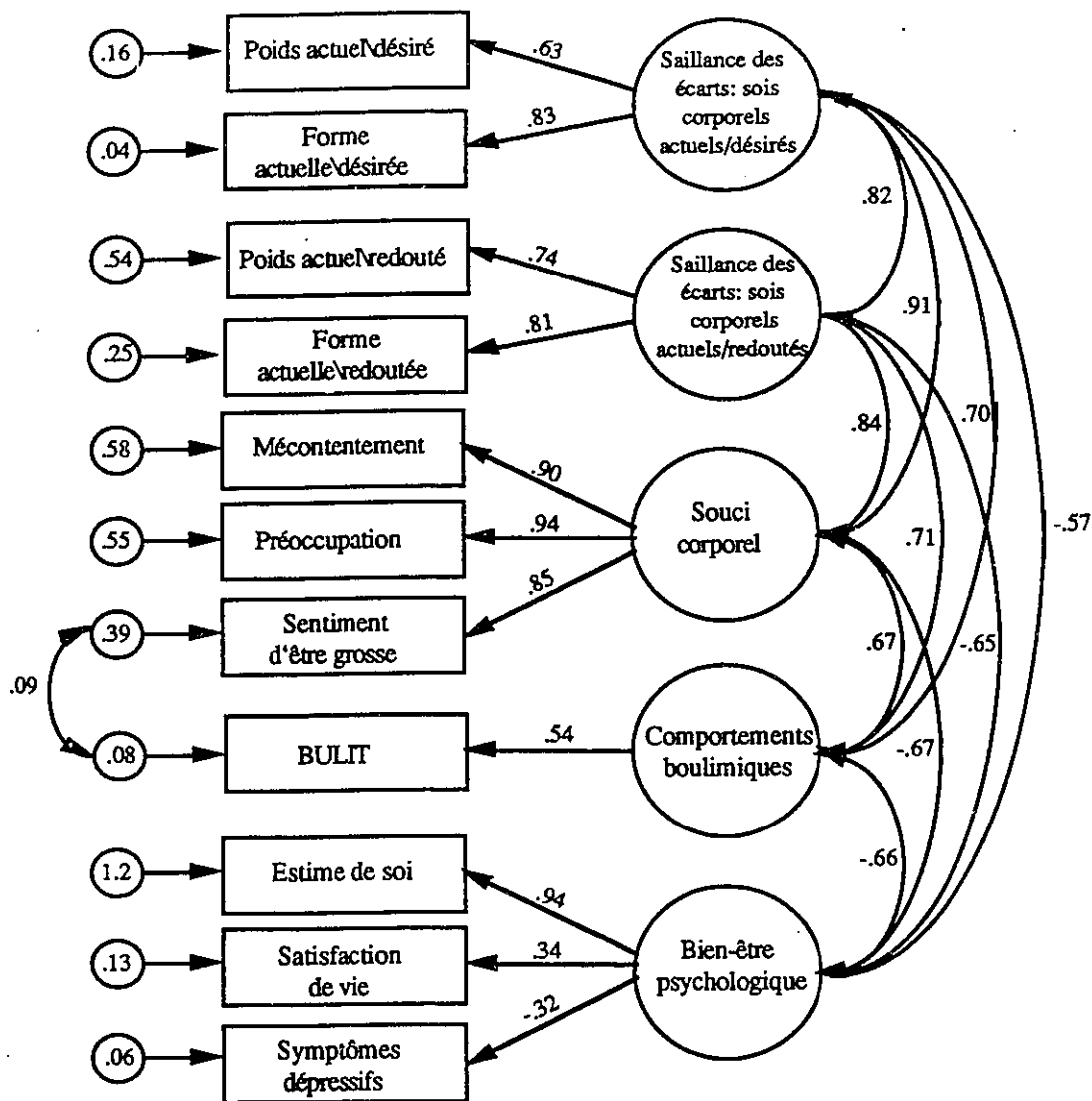


Figure 11. Modèle de mesure final pour les variables endogènes du modèle conceptuel proposé.

Modèle structural

Suite aux analyses des modèles de mesure, le modèle d'équations structurales qui représente le modèle conceptuel proposé a été mis à l'épreuve. Rappelons que cette mise à

l'épreuve permet de calculer les effets de régression qui représentent l'impact d'une variable sur l'autre. Dans ce modèle, les Taquineries antérieures et Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité sont reliées aux Saillances des écarts, à la fois pour les sois corporels désirés et les sois corporels redoutés (les Saillances des écarts représentant des processus cognitifs). Ces Saillances des écarts entraînent un Souci de l'image corporelle, et mènent directement aux Comportements boulimiques, lesquels influencent le Bien-être psychologique de la personne. Il est important de signaler que, conformément à l'Hypothèse 5, le modèle spécifie expressément une **absence** de relation entre le Souci corporel et les Comportements boulimiques. Selon le modèle conceptuel, le Souci corporel, bien qu'il soit concomitant à la boulimie, constituerait la conséquence affective des processus cognitifs découlant des Saillances des écarts; ces dernières devraient alors être suffisantes pour expliquer le développement de comportements boulimiques.

Dans un modèle structural, les variables latentes n'ont pas d'échelle de mesure définie. Afin de pouvoir définir le modèle structural, les premières saturations de chaque variable latente ont été fixées à 1.00 (Jöreskog & Sörbom, 1986). Une corrélation entre les Taquineries antérieures et les Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité a été allouée, ainsi qu'une corrélation entre les deux variables représentant les Saillances des écarts.

Les résultats de l'analyse indiquent que le chi-carré est significatif ($\chi^2(79, N = 303) = 206.59, p < .001$). Par contre, le NFI est de .92, ce qui indique que le modèle postulé représente une certaine amélioration de la correspondance lorsque comparé au modèle nul ($\chi^2(120, N = 303) = 2532.81, p < .001$); de plus, le GFI est de .92 et le AGFI est de .87, ce qui indique que le modèle pourrait être tout de même acceptable et représenter adéquatement les données. En examinant les résultats des coefficients représentant les relations entre variables, nous pouvons constater que la relation entre les Saillances des écarts pour les sois désirés et les Comportements boulimiques n'est pas significative (valeurs- t étant de .36). Ce modèle, qui représente une seule modification du

modèle conceptuel proposé, c'est-à-dire où l'on retrouve une relation non-significative entre ces deux variables, sera étiqueté **M1**.

L'interprétation de ce modèle peut se faire à plusieurs niveaux. Dans le cadre de la présente section, nous nous limiterons à l'interprétation statistique. Selon ce modèle, les Taquineries antérieures et les Croyances socio-culturelles sont à la fois reliées aux Saillances d'écart entre les sois corporels actuels/désirés, et actuels/redoutés. Les Saillances d'écart pour les sois corporels désirés et redoutés prédisent conjointement le Souci corporel. La variable Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** est suffisante pour prédire les Comportements boulimiques, qui eux, sont directement et négativement reliés au Bien-être psychologique. Ainsi, lorsqu'une relation est spécifiée entre les Saillances des écarts pour les sois corporels redoutés et les Comportements boulimiques, la variance est en grande partie expliquée; aucune autre relation entre d'autres variables et les Comportements boulimiques ne contribue de façon significative à la prédiction des Comportements boulimiques.

Rappelons que dans le modèle conceptuel postulé, les deux types de Saillances des écarts devaient avoir un impact sur les Comportements boulimiques, bien qu'aucune prédiction n'avait été formulée quant à laquelle des deux Saillances des écarts aurait le plus grand impact.

Les résultats de cette première analyse suggèrent que c'est la variable Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** qui explique le mieux la variance des Comportements boulimiques. Bien que les deux types de Saillances puissent être corrélées avec les Comportements boulimiques (voir corrélations entre variables latentes du modèle de mesure endogène), dans ce modèle, seule la composante Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** suffit pour prédire les Comportements boulimiques³⁵.

³⁵ Étant donné la mise en garde formulée au Chapitre 2, lors de l'explication des équations permettant

Finalement, selon ce modèle, il est clair que les Comportements boulimiques ont un impact considérable sur le Bien-être psychologique de la personne. En effet, la relation entre ces deux variables est négative et très forte (soit - 1.50).

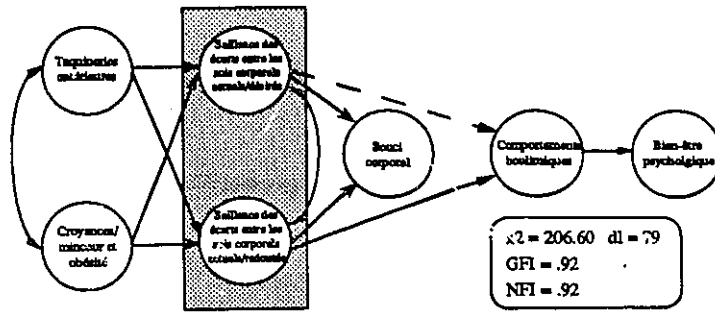
Suite à cette première analyse, une deuxième analyse a été effectuée en éliminant la relation entre la variable Saillances des écarts pour les sois corporels **désirés** et la variable Comportements boulimiques, afin de vérifier si le fait de retirer cette relation non-significative augmenterait le chi-carré. Ce deuxième modèle (M2) constituait un modèle "emboîté", c'est-à-dire qu'il était identique au premier (en terme de variables et de relations) mais une seule relation était éliminée (Bentler & Bonett, 1980). Suite à cette deuxième analyse, un test de différence du chi-carré (χ^2_d) a été effectué (soit $\chi^2_d = \chi^2_2 - \chi^2_1$, distribué selon le chi-carré avec $dl = dl_2 - dl_1$) entre M1 ($\chi^2(79, N = 303) = 206.60, p <$

d'obtenir les indices de Saillances des écarts, nous avons mis le modèle structural à l'épreuve en **excluant** les équations et les scores de véhémence. Plus précisément, nous avons refait l'analyse du modèle en utilisant les scores d'Écarts "purs" plutôt que les scores de Saillances. Les résultats de cette analyse, qui sont présentés à la Figure A de l'Annexe 11 révèlent que ce sont aussi les scores d'Écarts pour les sois corporels **redoutés** qui permettent de prédire les Comportements boulimiques plutôt que les scores d'Écarts pour les sois corporels **désirés**. Il est à signaler qu'en fait, les relations entre les scores d'Écarts pour les sois **désirés** et le Souci corporel, puis entre les scores d'Écarts pour les sois **désirés** et les Comportements boulimiques ne sont pas significatives. Ceci appuie la position de l'auteure selon laquelle les équations permettant d'obtenir les scores de Saillances, bien qu'elles ne soient pas identiques, et bien qu'il puisse y exister un biais au niveau des sois **redoutés** (un examen de la distribution des scores lorsque transformés par les formules de Saillances révèle qu'il n'y a pas de scores vraiment extrêmes où le biais serait plus prononcé), ne semblent pas influencer la façon dont les Écarts et/ou les Saillances pour les sois **redoutés** mènent aux Comportements boulimiques. En effet, l'usage des deux types d'équations ne semble pas amplifier les scores de Saillances obtenus pour les sois corporels **redoutés** de façon à éliminer toute contribution des sois corporels **désirés**. Si tel était le cas, nous aurions dans ce modèle qui n'inclut que les scores d'Écarts, une relation significative entre les Écarts pour les sois **désirés** et les Comportements boulimiques qui disparaîtrait lors de la mise à l'épreuve du modèle incluant les scores de Saillances (au profit d'une relation significative au niveau des sois corporels **redoutés**). Or, il n'en est pas ainsi. Finalement, il est important de signaler que les relations entre les Écarts pour les sois corporels **redoutés** sont négatives, étant donné que pour ce type de scores, plus l'écart entre les sois corporels actuels et **redoutés** est petit, plus les Comportements boulimiques risquent d'augmenter.

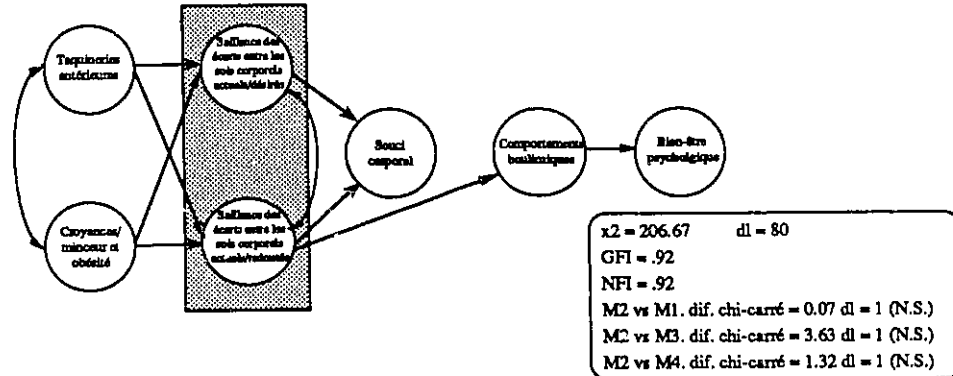
.001) et **M2** ($\chi^2(80, N = 303) = 206.67, p < .001$). Les résultats révèlent qu'il n'y a pas d'augmentation significative du chi-carré ($\chi^2 d = .07, dl = 1$) lorsque la relation entre les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et les Comportements boulimiques est éliminée. Le modèle **M2** semble alors permettre une représentation tout aussi adéquate des données que le modèle **M1**. Le NFI de ce modèle **M2** est de .92, de même que le GFI.

Étant donné la méthode d'analyse utilisée, laquelle permet d'élucider et de préciser certaines ambiguïtés, nous avons cherché à explorer davantage les relations entre les variables proposées, à partir du cadre théorique présenté au Chapitre 2. Deux autres modèles alternatifs ont été élaborés et mis à l'épreuve. Un premier, identique au modèle **M2**, mais spécifiant une relation entre le Souci corporel et les Comportements boulimiques (**M3**) a été mis à l'épreuve. Ce modèle permettait de vérifier directement l'hypothèse selon laquelle seules les Saillances des écarts seraient nécessaires pour prédire les Comportements boulimiques et que le Souci corporel serait un sous-produit de ces Saillances. Un deuxième, identique au modèle **M2** mais spécifiant une relation entre le Souci corporel et le Bien-être psychologique a été mis à l'épreuve (étiqueté **M4**). Ce modèle permettait de faire valoir davantage la composante Bien-être psychologique et de vérifier si le Souci corporel y serait significativement relié. La Figure 12 présente les modèles **M1**, **M2**, **M3**, et **M4**, et leur chi-carré respectif.

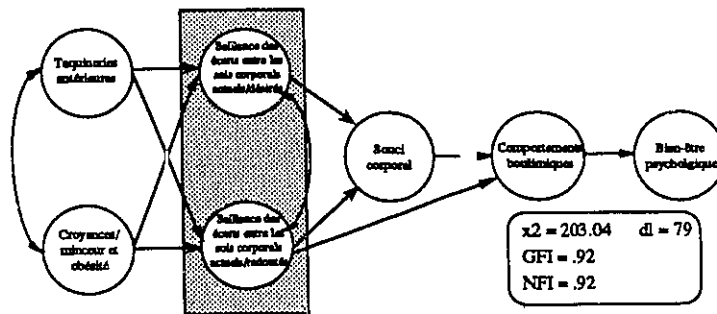
Au niveau du modèle **M3**, celui-ci étant comparable au modèle **M2** (c'est-à-dire qu'il est identique au premier, en terme de variables et de relations, mais qu'une seule relation est ajoutée; **M2** est alors "emboîté" dans **M3**), il est possible de vérifier la différence entre les chi-carrés. Suite à l'analyse du modèle **M3**, un test de différence du chi-carré entre **M2** ($\chi^2(80, N = 303) = 206.67, p < .001$) et **M3** ($\chi^2(79, N = 303) = 203.04, p < .001$) démontre que le chi-carré de **M3** n'est pas significativement plus bas que celui de **M2**



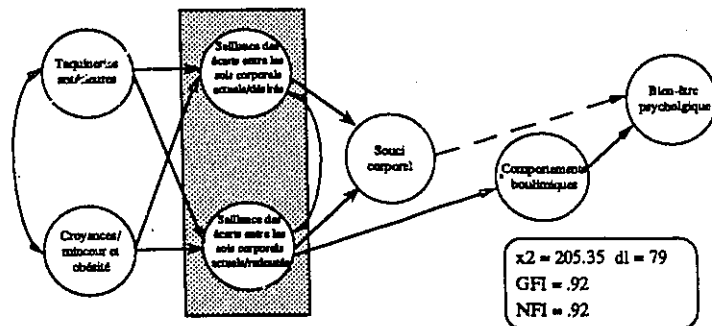
M. 1. Modèle d'équations structurales représentant le modèle conceptuel postulé.



M. 2. Modèle d'équations structurales représentant le modèle conceptuel proposé sans la relation entre les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et les Comportements boulimiques (modèle emboîté).



M. 3. Modèle d'équations structurales alternatif.



M. 4. Modèle d'équations structurales alternatif.

Figure 12. Comparaisons entre les chis-carrés des modèles M1, M2, M3 et M4.

Note: Les flèches pointillées représentent des relations non-significatives (N.S.)

($\chi^2_d = 3.63$, $df=1$), et de plus, la relation spécifiée entre le Souci corporel et les Comportements boulimiques n'est pas significative (valeur- $t = 1.87$). Ces résultats suggèrent que lorsque les Saillances des écarts pour les sois corporels redoutés sont reliées aux Comportements boulimiques, le Souci corporel ne contribue pas à la prédiction des Comportements boulimiques.

Au niveau du modèle alternatif **M4**, (le modèle **M2** étant "emboîté" dans celui-ci), il est possible de vérifier la différence entre les chi-carrés. Suite à l'analyse du modèle **M4**, un test de différence du chi-carré entre **M4** ($\chi^2(79, N = 303) = 205.35$, $p < .001$) et **M2** ($\chi^2(80, N = 303) = 206.67$, $p < .001$) révèle que la réduction du chi-carré lorsqu'on ajoute la relation entre le Souci corporel et le Bien-être psychologique n'est pas significative ($\chi^2_d = 1.32$, $df = 1$). De plus, la valeur- t indique que cette relation n'est pas significative (valeur- $t = 1.87$). Le modèle **M4** ne semble pas permettre une représentation plus adéquate des données que celle du modèle **M2**.

Suite à ces analyses, il semble que le modèle **M2**, lorsque comparé aux trois premiers modèles, permet adéquatement de rendre compte des covariances entre les variables et s'avère conceptuellement intéressant et justifiable. Ce modèle a alors constitué la version finale à partir de laquelle certaines modifications post-hoc ont été effectuées.

Suite à un examen des indices de modification et des dérivés de premier ordre du modèle **M2**, une seule modification post-hoc a été effectuée. Cette modification, qui nous semble justifiée conceptuellement, permet la corrélation entre les erreurs des variables observées "Sentiment d'être grosse" et BULIT. Le tableau 15 présente les deux modèles consécutifs provenant de cette modification et leurs valeurs respectives pour le chi-carré, le NFI, le GFI et le AGFI.

Le GFI du modèle **M2** final est de .93 et le AGFI est de .89; le NFI est de .93, ce qui indique que le modèle représente une amélioration acceptable de correspondance lorsque

comparé au modèle nul. Il est à signaler que seulement deux valeurs résiduelles normalisées sont au-delà de 2.00 (soit une de 2.24 et une de 2.86). Aussi, le RMSR est .051, ce qui tend à indiquer que les variances-covariances initiales représentant les données semblent être bien expliquées par le modèle. Le modèle structural final représentant le modèle structural **M2**, est présenté à la Figure 13. Notons que tous les paramètres sont significatifs, les valeurs- t étant au-delà de 2.00 pour chacun. Signalons aussi qu'étant donné l'absence de relation entre les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et les Comportements boulimiques, le modèle final a été illustré légèrement différemment pour faciliter la représentation des relations.

Tableau 15

Valeurs des chi-carrés, indices NFI de Bentler & Bonett, GFI et AGFI pour chacun des deux modèles structuraux représentant le modèle final M2.

Modèles	χ^2 (N = 303)	dl	p	NFI	GFI	AGFI
Modèle nul	2532.81	120	<.001	.000	.284	.284
Modèle 1	206.67	80	<.001	.918	.915	.873
Modèle 2 (lorsque TE _{8,6} est libre)	186.08	79	<.001	.927	.925	.886

TE = *Theta Epsilon*: réfère aux variances d'erreurs des variables observées (endogènes)

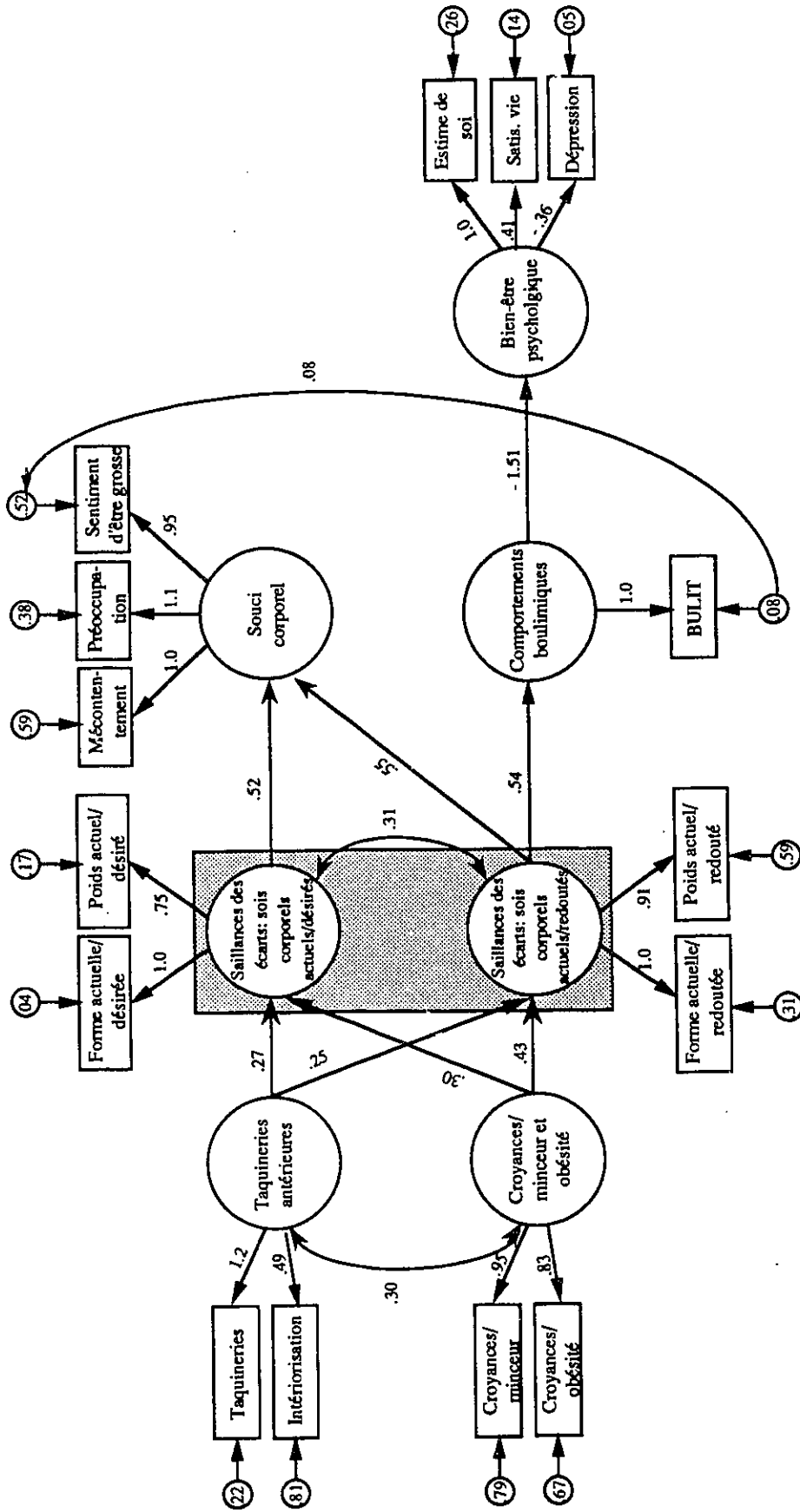


Figure 13. Modèle structural final M2 représentant le modèle conceptuel proposé (la relation entre les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés n'étant pas significative, cette dernière a été éliminée).

Sommaire

Le but de cette deuxième étape était de vérifier: 1) si la structure proposée des modèles de mesure pour les variables exogènes et endogènes était adéquate, et 2) si le modèle structural proposé pouvait adéquatement représenter les données.

Il semble que les modèles de mesure à la fois pour les variables exogènes et endogènes représentaient adéquatement les données. Le modèle de mesure des variables exogènes correspondait tout particulièrement bien aux données, et la corrélation entre les Taquineries antérieures et les Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité était positive et modérée. Le modèle de mesure des variables endogènes, bien que la correspondance ne soit pas aussi bonne que pour le modèle exogène, représentait tout de même adéquatement les données. Les corrélations entre chacune des variables latentes étaient assez élevées. Les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et pour les sois corporels redoutés, le Souci corporel et les Comportements boulimiques étaient significativement associés à une diminution du Bien-être psychologique.

L'analyse du modèle structural a permis de mettre à l'épreuve les Hypothèses 5, 6 et 7. Ces dernières concernaient les relations entre les variables au sein du modèle conceptuel proposé et l'adéquation de ce modèle. Le modèle structural, lorsque mis à l'épreuve, semblait bien correspondre aux données. Toutefois, tel que révélé par les résultats de cette analyse, la relation entre les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et les Comportements boulimiques n'était pas significative. L'Hypothèse 7, n'a alors pas été entièrement confirmée, c'est-à-dire que bien que le modèle était adéquat, une des relations postulées n'était pas significative. Le modèle structural modifié, où la relation entre les Saillances des écarts pour les sois désirés et les Comportements boulimiques était éliminée, a constitué le modèle structural final **M2**.

L'Hypothèse 5 stipulait que les Saillances des écarts seraient suffisantes pour conduire aux Comportements boulimiques, et que le Souci corporel n'ajouterait pas à l'adéquation du modèle. Les résultats indiquent qu'en effet, le Souci corporel ne semble pas nécessaire pour expliquer les Comportements boulimiques, lorsque les Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** y sont directement reliées. C'est-à-dire que le Souci corporel ne semble pas ajouter ou améliorer la correspondance du modèle.

L'Hypothèse 6, selon laquelle le Bien-être psychologique serait directement et négativement relié aux Comportements boulimiques a été confirmée par le modèle structural final **M2**. Il est à souligner que cette relation était très forte ($r = -1.50$). Rappelons que dans le modèle **M4**, le Souci corporel ne contribuait pas de façon significative au Bien-être psychologique. Il semble alors que, tel que prévu, les Comportements boulimiques ont un impact direct sur le bien-être de la personne.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le but de ce travail de recherche était d'examiner un modèle conceptuel de la boulimie qui met en jeu certaines variables importantes et certains processus cognitifs sous-jacents au développement de ce trouble alimentaire. Les études menées dans le cadre de cette recherche nous ont permis de mettre à l'épreuve les hypothèses concernant le modèle conceptuel postulé. Le développement de nouveaux concepts et de nouveaux instruments permettant de les mesurer, ainsi que les découvertes qui ressortent des analyses d'équations structurales nous permettent d'en arriver à des conclusions concernant la valeur du modèle proposé. Le cheminement effectué, c'est-à-dire le développement d'un modèle conceptuel suivi d'une vérification empirique, ouvre sur une discussion permettant de raffiner davantage le modèle proposé et de soulever de nouvelles questions intéressantes et pertinentes à l'étude de la boulimie. Ces questions seront maintenant abordées plus en détail. Les résultats de l'Étude 2 étant directement reliés aux hypothèses émises au Chapitre 2, seront d'abord discutés. Puis, les constatations supplémentaires brièvement abordées à la fin de l'Étude 1 seront reprises.

Relations simples

Les deux premières hypothèses concernant les relations positives d'une part entre les Taquineries antérieures et les Comportements boulimiques, et d'autre part entre les Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité et les Comportements boulimiques ont été confirmées. Les résultats: 1) des tests-t de la première étude, où les sujets du groupe "À tendance boulimique" ont obtenu des scores plus élevés que les sujets du groupe "Non-boulimique", à la fois pour les questionnaires Taquineries antérieures et Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, et 2) des corrélations simples positives de la première étape de l'étude 2, entre les scores de ces mesures et les scores du BULIT, appuient ces hypothèses initiales.

Ces deux variables, soit les Taquineries et les Croyances socio-culturelles, étaient tout particulièrement pertinentes à la présente recherche en partie parce qu'elles permettaient de postuler deux facteurs "antécédents" au développement de la boulimie. Plus précisément, elles semblent pouvoir constituer des facteurs qui sont non seulement antécédents, mais essentiellement situés dans le passé développemental de la personne.

Au niveau de la variable Taquineries antérieures, les questions posées dans le cadre de cette recherche étaient axées sur l'enfance et/ou l'adolescence. Les Taquineries antérieures représentaient alors des expériences qui avaient été vécues pendant l'enfance et/ou l'adolescence. En sachant que la boulimie se développe généralement vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte (Pyle, Mitchell & Eckert, 1981), il semble alors que ce facteur, à tout le moins temporellement, puisse précéder le développement de la boulimie. Aussi, au niveau de la variable Croyances socio-culturelles au sujet de la minceur et de l'obésité, il semble que ces convictions si généralisées chez la boulimique puissent être perçues comme provenant de processus de socialisation.

Rappelons que la corrélation entre les scores du questionnaire Taquineries antérieures et du questionnaire Croyances socio-culturelles était significative et positive (.22). Cette corrélation pourrait refléter une certaine relation dynamique. En effet, bien que les Croyances socio-culturelles entretenues par les jeunes femmes sont généralement perçues comme étant le reflet des messages véhiculées par la société (e.g., à travers les media, la publicité), il se pourrait que ces croyances proviennent en partie des opinions personnelles fondées sur des expériences antérieures, telles que le fait de s'être fait taquinée à cause d'un aspect ou l'autre de son corps. Certaines jeunes femmes pourraient avoir acquis des convictions au sujet de la valeur de la minceur et de l'attrait physique en partie à cause d'expériences personnelles marquantes. Aussi pourraient-elles dédaigner et même craindre l'obésité à cause d'expériences antérieures. Finalement, il va sans dire que si les jeunes femmes se font taquiner à cause de leur poids et de leur apparence physique, c'est que leur environnement social adhère aux Croyances socio-culturelles.

Serait-il possible que l'adhésion aux Croyances socio-culturelles découle essentiellement d'expériences personnelles à l'enfance et/ou à l'adolescence, tel que le fait d'avoir été taquinée? Les résultats de la présente recherche ne nous permettent pas de nous prononcer sur cette question. Toutefois, une deuxième question, tout aussi importante, concerne la contribution respective des deux variables, Taquineries antérieures et Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité, au développement de Comportements boulimiques. Est-ce que ces deux variables sont reliées aux Comportements boulimiques de façon unique et indépendante, ou est-ce qu'elles partagent une variance commune dans leur relation à la boulimie? Rappelons que la corrélation simple entre les Croyances socio-culturelles et les Comportements boulimiques (tels que mesurés par le BULIT) était de .45 alors qu'elle était de .32 entre les Taquineries antérieures et le BULIT. Lorsque l'on effectue une corrélation partielle entre les Croyances socio-culturelles et le BULIT³⁶, en

³⁶ Le tableau J, présenté à l'Annexe 12 résume toutes les autres statistiques introduites dans le cadre de cette Discussion.

tenant compte de l'influence possible des Taquineries antérieures, nous obtenons une corrélation très semblable à la première, soit .41. Ceci suggère que ces deux variables apportent une contribution unique dans leur relation avec les Comportements boulimiques. Les résultats des analyses d'équations structurales, lesquels seront abordés sous peu, soutiennent indirectement cette constatation, en ce que ces deux variables antécédentes ont une relation significative et positive avec les variables médiatrices conduisant aux Comportements boulimiques.

Somme toute, les résultats des Études 1 et 2 fournissent un appui empirique direct à la notion que les croyances socio-culturelles sont reliées à la tendance boulimique. De plus, les relations positives entre les taquineries antérieures, les comportements boulimiques, l'estime de soi et la dépression, qui avaient été rapportées par Fabian & Thompson (1989), ont aussi été trouvées au sein des deux Études.

En ce qui a trait aux autres relations simples postulées, c'est-à-dire entre les Saillances des écarts pour les sois corporels actuels/désirés et les sois actuels/redoutés, et les Comportements boulimiques, les corrélations se sont aussi avérées significatives. De la même façon, l'hypothèse concernant les relations entre les Saillances des écarts et le Souci corporel a été confirmée. Ces résultats, et le rôle de ces variables au sein du modèle seront discutés plus à fond dans le cadre des résultats de l'analyse d'équations structurales.

Relations médiatrices et causales

Compte tenu du présupposé voulant que la variable Saillances des écarts et la variable Souci corporel sont des phénomènes rattachés à un même processus psychologique, l'un étant le sous-produit de l'autre, l'Hypothèse 5 postulait que seulement l'une des deux variables serait suffisante pour rendre compte des Comportements boulimiques. Cette hypothèse a été confirmée, en partie par la mise à l'épreuve du modèle alternatif M3. Rappelons que dans ce modèle, le fait d'ajouter une relation entre le Souci corporel et les

Comportements boulimiques ne permettait pas de rendre compte de plus de variance au niveau des Comportements boulimiques. Bref, cette relation, qui n'était pas significative, n'améliorait en rien la correspondance entre le modèle et les données. Avant d'entamer une discussion plus approfondie des résultats provenant des modèles structuraux, nous nous pencherons davantage sur les mesures de Saillances et le Souci corporel au moyen d'une approche d'analyse plus conventionnelle.

Tel qu'il a été relevé au Tableau 13 du chapitre précédent, les corrélations entre les quatre types de Saillances des écarts et le BULIT étaient toutes positives et significatives. Lorsque nous effectuons une corrélation partielle entre les Saillances des écarts et le BULIT, en tenant compte de l'influence possible de la variable Souci corporel, nous constatons que chaque corrélation est réduite de façon significative et est diminuée de moitié. En dépit d'une contribution importante du Souci corporel par rapport aux corrélations entre les mesures de Saillances des écarts et le BULIT, il n'en demeure pas moins que les corrélations partielles sont tout de même significatives. Ces résultats donnent à penser que les Saillances des écarts pourraient apporter une contribution indépendante aux Comportements boulimiques et aussi, apporter une contribution qui est partagée avec la variance du Souci corporel.

Une des limites importantes de cette analyse est qu'elle ne nous permet pas de considérer l'ensemble des relations postulées dans le modèle théorique. Nous sommes limitées à la constatation que les Saillances des écarts et le Souci corporel ont des variances communes et uniques permettant de prédire les Comportements boulimiques. L'analyse d'équations structurales toutefois, étant une approche qui tient compte de l'ensemble des relations d'un modèle, nous permet de mettre à l'épreuve les relations postulées entre les variables de façon simultanée. Étant donné le cheminement que nous avons utilisé pour ce travail de recherche, la capacité de mettre à l'épreuve une représentation du modèle

théorique dans son ensemble, est justement ce qui rend l'analyse d'équations structurales si intéressante et avantageuse.

Les résultats de ces analyses ont révélé que le modèle alternatif **M2** découlant du modèle conceptuel proposé permettait de représenter adéquatement les données. Certaines modifications post-hoc ont permis d'en améliorer la correspondance. Les différents modèles alternatifs qui ont été mis à l'épreuve, soit **M3** et **M4** ont permis de vérifier et de comparer l'adéquation du modèle **M2**. À la lumière de l'ensemble des résultats de l'analyse des modèles **M1** à **M4**, nous en sommes arrivés à la conclusion que les résultats du modèle **M2** permettaient de rendre compte des relations entre les variables, et ce, d'une façon qui soit statistiquement adéquate et des plus intéressantes théoriquement.

Rappelons que nous n'avons pas fait de prédictions spécifiques quant à savoir lequel des deux types de Saillances des écarts entraînerait une plus grande conséquence au niveau du développement de Comportements boulimiques. Bien que la peur de l'obésité ait aussi été reconnue comme jouant un rôle quelconque dans le développement de la boulimie (e.g., Rodin et al., 1985), à priori, notre tendance aurait été de spécifier une relation très forte entre les Saillances des écarts pour les sois corporels actuels et désirés et les Comportements boulimiques, étant donné d'une part, l'accent généralement mis sur la poursuite de la minceur, et d'autre part, l'importance accordée à la poursuite du soi idéal (dans le cadre de l'étude du concept de soi).

Les résultats des analyses d'équations structurales, toutefois, indiquent clairement que ce sont les Saillances des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés qui peuvent prédire le plus adéquatement les Comportements boulimiques. En effet, lorsque cette relation est spécifiée, aucune autre relation (que ce soit entre les Saillances des écarts pour les sois désirés et les Comportements boulimiques, ou encore entre le Souci corporel et les Comportements boulimiques) n'ajoute d'information supplémentaire permettant de mieux rendre compte des Comportements boulimiques. Bref, les Saillances des écarts pour les

sois **redoutés** semblent entretenir une relation tout particulièrement forte avec les Comportements boulimiques.

Pourquoi les Saillances des écarts pour les sois redoutés seraient-elles plus puissantes que les Saillances des écarts pour les sois désirés, en tant que facteurs médiateurs reliés aux Comportements boulimiques? Nous nous pencherons maintenant sur cette question et chercherons à élucider le rôle des Saillances des écarts pour les sois corporels **redoutés** dans le développement de la boulimie. Nous avançons trois explications possibles, la première ayant trait à l'émotion négative, la deuxième portant sur la proximité par opposition à l'éloignement de l'information de soi, et la troisième portant sur l'aspect concret de l'objet d'attention.

Émotion négative

Les émotions négatives, telles que l'anxiété, la dépression et la culpabilité, sont généralement associées à toute une diversité de psychopathologies, de névroses, et d'inadaptations (Tucker, 1970). À la lumière de cette constatation, peut-être n'est-il pas étonnant de trouver que les Comportements boulimiques sont plus directement et fortement reliés à ce que la personne *crain*t le plus de devenir. Il semble que les craintes se rapprochent beaucoup plus des émotions qu'on retrouve dans les psychopathologies que les sentiments de regret et de désappointement, accompagnant le fait de ne pas atteindre un rêve quelconque.

Information proximale et distale

Associé à notre première explication, nous avançons l'idée que la nature de l'information qui définit les sois implique un processus psychologique particulier. D'un point de vue épistémologique, on pourrait s'attendre à ce que les faits qui se rapprochent du

soi, plutôt que ceux qui s'en éloignent, pourraient avoir une plus grande influence sur la façon dont le soi évolue et se définit. Bien qu'un petit écart entre le soi actuel et le soi redouté pourrait être aussi important qu'un grand écart entre le soi actuel et le soi désiré, les conséquences épistémiques de ces deux types d'écarts pourraient être différentes. Le fait d'être très *près* d'un aspect du devenir pourrait comporter une dimension beaucoup plus "saisissable" (c'est-à-dire où l'objet est connu et peut être appréhendé), que le fait d'être *loin* d'un aspect du devenir, lequel serait plutôt de nature "fuyante" (c'est-à-dire où l'objet ne peut être facilement appréhendé). En d'autres termes, toute information *proximale* au soi, par opposition à l'information qui est *distale* au soi, pourrait avoir un poids plus important au niveau de la façon dont il se définit.

Ces idées de l'information proximale et distale ressemblent à celles avancées par certains chercheurs en psychologie cognitive intéressés aux jugements comparatifs effectués à partir d'échelles subjectives (e.g., Birnbaum & Jou, 1990). Dans ce contexte, le traitement de l'information (i.e., les temps de réaction) est perçu comme étant le produit d'une organisation psychophysique interne.

Dans des recherches futures, il serait important d'examiner dans quelle mesure ces aspects plus fondamentaux de la perception et de la cognition (i.e. psychophysique interne) peuvent être utiles dans notre compréhension des conséquences psychologiques des écarts dans la configuration des sois.

Aspect "concret" de l'objet d'attention

Les processus de l'attention portée au soi pourraient nous éclairer davantage dans notre tentative d'expliquer le fait que ce soient les Saillances des écarts pour les sois redoutés qui puissent prédire les Comportements boulimiques. Dans le cas des sois corporels redoutés,

l'information concrète concernant la grosseur, le surplus de poids (et de gras) pourrait attirer et capter beaucoup plus l'attention d'une personne que le même type d'information concernant l'absence de surplus de poids. Les caractéristiques qui représentent la minceur semblent moins saillantes et moins "visibles" que celles associées à la grosseur. Il se pourrait alors que la présence de caractéristiques "grasses" rappelle constamment à la personne l'image de ce qu'elle craint de devenir. Les caractéristiques des stimuli associés à la grosseur tendent, de par leur nature "concrète", à devenir le point de mire de la personne. L'attention est portée sur le soi corporel et peut favoriser d'autant plus des comparaisons avec les images corporelles redoutées, lesquelles comportent aussi de telles propriétés.

Les trois explications avancées ci-haut sont en accord avec les idées avancées par Ogilvie (1987) au sujet de ce qu'il appelle le "soi indésiré". Selon Ogilvie, dans le contexte de la théorie des écarts, le soi indésiré serait beaucoup plus puissant que le soi idéal en tant que standard de comparaison. Selon lui, le soi indésiré est non seulement beaucoup plus concret mais aussi, il incorpore des expériences imprégnées de craintes déjà vécues par la personne.

Peu importe la façon dont on choisit d'interpréter les craintes (composantes pathologiques, aspect épistémologique, processus d'attention, ou expériences vécues), il est clair que les craintes représentent un aspect psychologique qui diffère des rêves d'une façon qualitative.

Le Souci corporel en tant que sous-produit

Les théories des écarts, telles que celle de Rogers (1950), de Duval et Wicklund (1972), et de Carver et Scheier (1990), postulent que l'affect négatif résulte d'un certain type de comparaison entre le soi actuel et le soi idéal. Les résultats de notre étude nous permettent d'ajouter à cette notion une contribution nouvelle et importante, à savoir que les

Saillances des écarts à la fois pour les sois corporels **désirés** et les sois corporels **redoutés** contribuent de façon unique et conjointe à l'affect négatif, qui est représenté dans notre modèle par le Souci corporel. Il semble alors que les études portant sur le mécontentement de l'image corporelle devraient prendre en considération l'origine conjointe de ce mécontentement. Par ailleurs, ces résultats pourraient avoir un intérêt théorique pour les chercheurs oeuvrant dans le domaine général de l'étude des écarts entre les sois.

Ceci étant dit, dans le cadre du modèle conceptuel proposé, et suite aux résultats obtenus, le Souci corporel pourrait être conceptualisé en tant que sous-produit des Saillances des écarts à la fois pour les sois corporels désirés et redoutés. Dans ce modèle, le Souci corporel devient alors un simple indice de détresse. Il témoigne de la présence de troubles quelconques au niveau des sois corporels et permet de repérer les personnes ayant ces difficultés. Selon le modèle, le Souci corporel, dans son état actuel, ne semble pas jouer de rôle explicatif. Peut-être que seulement dans la mesure où le Souci corporel peut être rattaché à des propriétés motivationnelles pourrait-il aller au-delà de son simple rôle de point de repère.

La notion d'écart entre les sois et le Bien-être psychologique

Est-ce que les écarts entre les sois corporels peuvent avoir un impact sur le Bien-être psychologique? Les résultats provenant de notre modèle **M2** nous permettent de nous pencher sur cette question. Bien que les Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et redoutés entraînent un Souci corporel, ce dernier ne semble pas entraîner de conséquences pour le Bien-être psychologique. Seules les Saillances des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés semblent sous-tendre les Comportements boulimiques et entraîner des conséquences néfastes. Ainsi, dans notre étude, les Saillances d'écarts entre

les sois corporels actuels et désirés entraînent un certain mécontentement, mais ce ne sont que les Saillances des écarts pour les sois corporels redoutés qui, par l'entremise des Comportements boulimiques, mènent à des troubles au niveau du Bien-être psychologique.

Constatations importantes

À l'Étude 1, des résultats intéressants et quelque peu inattendus ont été obtenus. Les mêmes résultats ont été répliqués à l'Étude 2 (voir Annexe 5). Rappelons que les personnes "à tendance boulimique" étaient significativement plus grasses que les personnes "non-boulimiques". Ces résultats divergent de ceux de la majorité des études. En général, les chercheurs rapportent que les boulimiques ont un poids "normal" et qu'elles sont comparables aux groupes contrôles (e.g., Birtchnell, Lacey & Harte, 1985; Lindholm & Wilson, 1988). Dans notre étude, il est clair qu'il pourrait exister une différence importante entre les personnes à tendance boulimique et les personnes non-boulimiques. Si les personnes à tendance boulimique sont objectivement plus grasses que les non-boulimiques, tel que les résultats de notre étude en témoignent, quelles pourraient être les conséquences théoriques d'un tel état de fait? Il est à noter qu'il existe une corrélation significative (.34) entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le Souci corporel. À la lumière de cette constatation, se pourrait-il que la relation entre les Saillances des écarts et le Souci corporel soit influencée par le fait d'avoir un surplus de poids par rapport à la taille?

Cette question a été examinée par l'entremise de corrélations partielles entre les scores de Saillances des écarts et le Souci corporel, en tenant compte de l'influence possible du IMC. Les résultats révèlent qu'il n'y a aucun changement significatif dans les corrélations préalablement obtenues. Tel que nous l'avons affirmé à plusieurs reprises, il y existe une relation très intime entre les Saillances des écarts et le Souci corporel. Le fait d'avoir trouvé que le IMC ne s'interpose pas entre ces deux variables, suggère que cette relation témoigne d'un processus psychologique indépendant du poids actuel.

Au fond, peut-être ne devrions-nous pas être étonnés de constater que les répondantes à tendance boulimique sont un peu plus grasses que les non-boulimiques. Tel que déjà soulevé, le fait qu'elles soient aux prises avec des cycles de restriction alimentaire, de gavage et de purgation peut favoriser l'augmentation de poids, de telle sorte qu'elles deviennent par conséquent un peu plus grasses que les non-boulimiques.

Un deuxième résultat provenant de l'Étude 1 soulève une autre question intéressante. En accord avec les résultats de certaines études (e.g., Touyz, Beaumont, Collins & Cowie, 1985) les sois corporels désirés (forme et poids) choisis par les personnes "à tendance boulimique" n'étaient pas significativement différents de ceux choisis par les personnes "non-boulimiques". La majorité des recherches, toutefois, tendent à indiquer le contraire, à savoir que les images corporelles idéales choisies par les boulimiques sont plus minces que celles choisies par les non-boulimiques (e.g., Cooper & Taylor, 1988; Freeman, Thomas, Solyom & Koopman, 1985).

Au niveau des sois corporels redoutés, à notre connaissance, très peu de recherches ont visé à étudier cette composante. Les résultats de notre première étude, tel que mentionné, indiquent que les personnes à tendance boulimique et les non-boulimiques ont sensiblement les mêmes sois corporels redoutés. La convergence des résultats à la fois pour les silhouettes et le poids, suggère qu'il n'y a pas de différence entre les personnes boulimiques et non-boulimiques au niveau des sois corporels désirés et redoutés. Il semble que ce ne sont pas des rêves exagérés ou des craintes irraisonnables concernant le corps qui caractérisent les boulimiques. Ce qui les distingue, ce sont plutôt leurs perceptions de leur soi corporel actuel.

En conclusion, le fait que les personnes à tendance boulimique soient ou ne soient pas plus grasses que les non-boulimiques importe peu (rappelons que les boulimiques dans notre étude étaient toutes de poids très normal pour leur grandeur et qu'elles étaient même dans la portion inférieure de l'écart accordé par le IMC). Ce qui importe, c'est le fait

qu'elles soient plus près de leur soi corporel redouté, et que cet écart soit une dimension saillante pour elles. Étant donné cette configuration des sois corporels, les personnes à tendance boulimique chercheraient à restreindre leur alimentation de façon à éviter à tout prix de prendre du poids. La privation alimentaire favorisant la tendance naturelle à manger de façon relativement excessive, entraînerait d'autant plus une peur de prendre du poids. Cette crainte de devenir obèse serait le facteur clé de la spirale boulimique en ce qu'elle pousserait les boulimiques à avoir recours à des méthodes drastiques (i.e., purgation) pour prévenir l'augmentation de poids. Tel que signalé par plusieurs auteurs (e.g., Hawkins & Clement, 1984; Williamson, 1990), ceci ramènerait l'organisme à un état de carence nutritive, favorisant de nouveau les abus alimentaires.

Limites des études

Au chapitre 2, la position de départ était que l'image corporelle et ses processus sous-jacents peuvent être analogues à ceux du concept de soi. Cette notion de l'image corporelle composée d'un ensemble de schèmes cognitifs nous semble prometteuse mais le présent travail de recherche ne permettait pas de la mettre à l'épreuve. Bien que les expériences en laboratoire présentées au Chapitre 2 (e.g., Boyer, Girodo & Ormrod, 1990; Boyer, Girodo & St-Denis, 1990) appuient la notion de schèmes corporels, il importe de souligner que d'autres conceptualisations de l'image corporelle sont possibles. Par exemple, la notion de "prototype" (c.f. Solso, 1988) pourrait aussi rendre compte de la nature de la structure cognitive de l'image corporelle. Cette dernière pourrait être constituée d'un ensemble de propriétés perceptuelles plutôt que linguistiques. Nous pouvons tous concevoir ce qu'est une personne mince ou obèse. Ces concepts inspirent une image visuelle qui consiste en un prototype de formes "grasses" ou "minces". Ces prototypes rassemblent les attributs pouvant représenter les aspects typiques de ce que c'est d'être gras ou mince. En effet,

parmi les premiers à avancer l'idée que le soi est une structure cognitive, Kihlstrom et Cantor (1984), se sont demandés si l'image corporelle ne pourrait pas être littéralement une "image" qui représente le corps plutôt qu'une représentation linguistique-cognitive.

Dans le contexte de la présente recherche, soulignons que la notion de Saillance des écarts ne dépend pas de la conceptualisation de l'image corporelle en tant que "schème". D'autres efforts théoriques et empiriques seront nécessaires afin de comprendre la nature de la structure cognitive qui relie l'image corporelle au concept de soi.

Portée généralisable

Le modèle, ayant été mis à l'épreuve au sein d'une population d'étudiantes, pourrait être limité quant à sa portée généralisable. Rappelons que selon Crandall (1988) et Striegel-Moore et al. (1986), certains milieux tels l'universé et le collège sont des environnements qui intensifient les pressions socio-culturelles à être mince. Sachant que la "vie étudiante" constitue une situation de vie particulièrement propice au développement de la boulimie, il reste à savoir si, dans le cas d'une population de jeunes femmes au travail, ou à la maison, les résultats du modèle pourraient être répliqués. Ces deux populations de jeunes femmes ont un style de vie très différent de celui des étudiantes. Elles ont des obligations, des responsabilités et des aspirations qui pourraient avoir une influence sur leur concept de soi, et par conséquent sur les variables qui, selon le modèle, mènent à la boulimie.

Relations de causalité

La méthode d'analyse d'équations structurales nous a permis de représenter les variables de notre modèle ainsi que les relations postulées entre elles. Malgré la puissance

de cette méthode dans la vérification de la correspondance du modèle aux données, il est essentiel de souligner ses limites quant à l'inférence des liens de causalité. Tel que souligné par Breckler (1990), il y a certains dangers à affirmer que les relations entre les variables d'un modèle d'équations structurales représentent réellement des liens de causalité. Suite aux résultats du présent travail de recherche, il nous semble approprié de limiter l'inférence causale dans notre interprétation des relations entre les variables du modèle conceptuel. Les relations de causalité implicites dans le modèle conceptuel pourraient alors être vérifiées au moyen d'études expérimentales et/ou longitudinales.

Dans une vérification et une élaboration future de notre modèle socio-cognitif de la boulimie, ces deux approches pourraient compléter la méthode d'analyse d'équations structurales. Une série d'études empiriques présentement en cours visent à examiner plus en détail la composante Saillances des écarts pour les sois corporels actuels/redoutés et son impact sur l'affect négatif dans une population "à tendance boulimique".

Considérations méthodologiques

Lorsque certaines modifications post-hoc sont apportées à un modèle d'équations structurales, il est fortement recommandé d'effectuer une validation croisée afin de vérifier la validité des résultats (MacCallum, 1986; Suyapa, Silvia & MacCallum, 1986). Cette technique permet de vérifier si un modèle modifié (tel que notre modèle **M2**) peut représenter adéquatement et de façon stable, les données d'un deuxième échantillon comparable au premier (Bentler, 1980). Bien que le nombre de sujets ayant participé à l'Étude 2 était suffisant pour permettre une mise à l'épreuve adéquate des modèles structuraux, l'échantillon était trop petit pour nous permettre d'effectuer une validation croisée. En termes pratiques, le nombre de sujets requis pour effectuer cette validation aurait rendu la collecte de données difficile et coûteuse.

Conclusion

Le cheminement effectué dans le cadre de cette thèse, soit l'élaboration d'un modèle conceptuel de la boulimie, le développement d'instruments de mesures spécifiques, et la vérification empirique du modèle dans son ensemble, constitue un premier pas dans le développement d'un modèle socio-cognitif de la boulimie.

D'un point de vue théorique, le modèle qui résulte de cette recherche nous permet de mieux comprendre certains processus cognitifs sous-jacents au développement de la boulimie. Nous avons pu examiner comment le soi pourrait être impliqué dans ces processus et de quelle façon il pourrait être associé au Souci corporel au Bien-être psychologique de la personne. À la lumière de ce modèle, il semblerait que les Saillances des écarts entre les sois corporels actuels et redoutés se rattachent à un processus cognitif pouvant prédire le développement de Comportements boulimiques. Ce processus influence aussi de façon indirecte, c'est-à-dire par l'entremise des Comportements boulimiques, le Bien-être psychologique de la personne. Finalement, le Souci corporel, plus précisément la préoccupation, le mécontentement de l'image corporelle et le sentiment d'être grosse, peut être représenté en terme de sous-produit des Saillances des écarts pour les sois corporels désirés et redoutés.

En somme, ce modèle permet non seulement de présenter deux variables médiatrices sous-jacentes à la boulimie, mais aussi, de préciser que ces deux composantes se rattachent au Souci corporel et que seulement l'une d'entre elles est directement reliée à la boulimie. Il est à espérer que les composantes de ce modèle, lorsqu'elles seront davantage élaborées, pourront être utiles dans le développement d'une théorie de la boulimie. Finalement, les résultats de ce travail de recherche permettent de situer certains jalons qui pourraient être utiles dans le développement de programmes d'interventions préventives.

Références

- Allebeck, P., Hallberg, D., & Espmark, S. (1976). Body image: An apparatus for measuring disturbances in estimation of size and shape. Journal of Psychosomatic Research, 20, 583-589.
- Altshuler, J. H., & Weiner, M. F. (1985). Anorexia nervosa and depression: A dissenting view. American Journal of Psychiatry, 142, 328-332.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised). Washington: Author.
- Beck, A. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row.
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1978). Depression inventory. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Bentler, P. M. (1978). The interdependence of theory, methodology, and empirical data: Causal modeling as an approach to construct validity. In D. B. Kandle (Ed.), Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues (pp. 267-302). Washington, DC: Hemisphere.
- Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. Annual Review of Psychology, 31, 419-456.

- Bentler, P. M. (1985). Theory and implementation of EQS: A structural equations program. Los Angeles: BMDP Statistical Software, Inc.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, *88*, 588-606.
- Birbaum, M. H., & Jou, H. W. (1990). A theory of comparative response times and "differences" judgments. Cognitive Psychology, *22*, 184-210.
- Birtchnell, S. A., Lacey, J., & Harte, A. (1985) Body image distortion in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, *147*, 408-412.
- Blachez, P. F. (1864). Boulimie. In A. Dechandre (Ed.) Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales, 1^{ière} série, Vol. 10 (pp.318-325). Paris: Victor Masson et fils.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's step-sisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Signs: Journal of Women in Culture and Society, *2*, 342-356.
- Boskind-White, M., & White, W. (1983). Bulimarexia: The binge-purge syndrome. New York: W. W. Norton.
- Boskind-White, M., & White, W. C. (1986). Bulimarexia: A historical-sociocultural perspective. In D. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), Handbook of eating disorders (pp. 353-366). New York: Basic Books Inc.
- Bowyer, C. (1988). Dietary factors in eating disorders. In D. Scott (Ed.), Anorexia and bulimia nervosa (pp.161-171). New York: New York University Press.
- Boyer, H., & Girodo, M. (1990). A factor analysis of the Body Shape Questionnaire. Manuscript in preparation.
- Boyer, H., Girodo, M., & Ormrod, C. (1990). Self-schemas and information processing in structural and self-referencing tasks. Unpublished Manuscript.
- Boyer, H., Girodo, M., & St-Denis, A. (1990). Les sois possibles en tant que structures cognitives du concept de soi. Manuscript inédit.
- Boyle, P. C., Storlien, L. H., Harper, A. E., & Keesey, R. E. (1981). Oxygen consumption and locomotor activity during restricted feeding and realimentation. American Journal of Physiology, *241*, 392-397.

- Breckler, S. J. (1990). Applications of covariance structure modeling in psychology: Cause for concern? Psychological Bulletin, 107, 260-273.
- Brisman, J., & Siegel, M. (1984). Bulimia and alcoholism: Two sides of the same coin? Journal of Substance Abuse Treatment, 1, 113-118.
- Brown, J. A., Cross, H. J., & Nelson, J. M. (1990). Sex-role identity and sex-role ideology in college women with bulimic behavior. International Journal of Eating Disorders, 9, 571-575.
- Brown, T. A., Cash, T. F., & Lewis, R. J. (1989). Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers: A brief report of the results of a national survey in the U.S.A. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 605-613.
- Browne, M. W. (1984). Asymptotically distribution-free methods for the analysis of covariance structures. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 37, 62-83.
- Brownmiller, S. (1984). Femininity. New York: Linden Press/Simon & Schuster.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 24, 187-194.
- Byrne, B. M. (1990). A primer to LISREL. Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. H. (1979). A cybernetic model of self-attention processes. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1251-1281.
- Carver, C. H., & Scheier, M. F. (1981). Attention and self-regulation. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. H., & Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. Psychological Bulletin, 92, 111-135.
- Carver, C. H., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-Process View. Psychological Review, 97, 19-35.

- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia. Behavior Modification, 11, 487-521.
- Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: A historical view. International Journal of Eating Disorders, 2, 3-16.
- Channon, S., & Hayward, A. (1990). The effect of short-term fasting on processing of food cues in normal subjects. International Journal of Eating Disorders, 9, 447-452.
- Clifford, E. (1971). Body satisfaction in adolescence. Perceptual and Motor Skills, 33, 119-125.
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1983). Binge-eating and self-induced vomiting in the community: A preliminary study. British Journal of Psychiatry, 142, 139-144.
- Cooper, P. J., & Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153, 32-36.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6, 485-494.
- Covert, D. L., Thompson, J. K., & Kinder, B. N. (1988). Interrelationships among multiple aspects of body image and eating disturbance. International Journal of Eating Disorders, 7, 495-502.
- Coscina, D. V., & Dixon, L. M. (1983). Body weight regulation in anorexia nervosa: Insights from an animal model. In P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner, & D.V. Coscina (Eds.), Anorexia nervosa: Recent developments (pp. 207-220). New York: Allan R. Liss.
- Counts, C. R., & Adams, H. E. (1985). Body image in bulimic, dieting, and normal females. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 7, 289-301.
- Crandall, C.S. (1988). Social contagion of binge eating. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 4. 588-598.
- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P., & Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. Journal of Psychosomatic Research, 34, 563-574.

- De Silva, P., & Eysenck, S. (1987). Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients. Personality and Individual Differences, 8, 749-751.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-76.
- Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). A theory of objective self-awareness. New York: Academic Press.
- Dworkin, S. H., & Kerr, B. A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image problems. Journal of Counseling Psychology, 34, 136-140.
- Even, P., Nicolaidis, S., & Meile, M. (1981). Changes in efficiency of ingestants are a major factor of regulation of energy balance. In L. A. Cioffi, W.P.T. James, & T.B. Van Itallie (Eds.), The body weight regulatory system: Normal and disturbed mechanisms (pp. 115-123). New York: Raven Press.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. Longon: Hodder & Stoughton.
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. International Journal of Eating Disorders, 8, 63-74.
- Fairburn, C. G. (1984). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem. British Medical Journal, 284, 1153-1155.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1983). The epidemiology of bulimia nervosa: Two community studies. International Journal of Eating Disorders, 2, 61-67.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In D. D. Brownell & J. P. Foreyt (Ed.), Handbook of eating disorders (pp. 389-404). New York: Basic Books Inc.

- Fairburn, C. G., & Garner, D. M. (1988). Diagnostic criteria for anorexia nervosa and bulimia nervosa: the importance of attitudes to shape and weight. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa (pp. 36-55). New York: Brunner/Mazel.
- Fallon, A.E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, *94*, 102-105.
- Feldman, J., & Eysenck, S. (1986). Addictive personality traits in bulimic patients. Personality and Individual Differences, *7*, 923-926.
- Festinger, L. (1950). Informal social communication. Psychological Review, *57*, 271-292.
- Fisher, S. (1970). Body experience in fantasy and behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Fisher, S. (1986). Development and structure of the body image. (Vol. 1 & 2) New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Franzoi, S. L., & Shields, S. A. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. Journal of Personality Assessment, *48*, 173-178.
- Frazen, U., Florin, I., Schneider, S., & Meier, M. (1988). Distorted body image in bulimic women. Journal of Psychosomatic Research, *32*, 445-450.
- Freeman, R. J., Thomas, C. D., Solyom, L., & Hunter, M. A. (1984). A modified video camera for measuring body image distortion: Technical description and reliability. Psychological Medicine, *14*, 411-416.
- Freeman, R. J., Thomas, C. D., Solyom, L., & Koopman, R. F. (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, *4*, 439-456.
- Gandour, M. J. (1984). Bulimia: Clinical description, assessment, etiology, and treatments. International Journal of Eating Disorders, *3*, 3-38.

- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa. A multi-dimensional perspective. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M. (1986). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. The Clinical Psychologist, 39, 36-39.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy & Research, 6, 123-150.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 107-146). New York: Guilford.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, theory, and clinical implications. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 263-284.
- Garner, D. M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women, Psychological Reports, 47, 483-491.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.
- Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. P., Johnson, C., & Coscina, D. V. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 513-572). New York: Guilford.
- Goebel, M., Spalthoff, G., Schulze, C., & Florin, I. (1989). Dysfunctional cognitions, attributional style, and depression in bulimia. Journal of Psychosomatic Research, 33, 747-752.
- Grace, P. S., Jacobson, R. S., & Fullager, C. J. (1985). A pilot study of purging and non-purging bulimics. Journal of Clinical Psychiatry, 41, 173-180.
- Halmi, K. A., Falk, J. R., & Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: A survey of a college population. Psychological Medicine, 11, 697-706.

- Harris, R. R. (1983). Bulimiarexia and related serious eating disorders with medical complications. Annals of Internal Medicine, 99, 800-807.
- Hatsukami, D., Owen, P., Pyle, R., & Mitchell, J. (1983). Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol or drug abuse problems. Addictive Behaviors, 7, 435-439.
- Hawkins, R. C. II, & Clement, P. F. (1984). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In R.C. Hawkins II, W.J. Fremouw, & P.F. Clement (Eds.) The binge-purge syndrome (pp. 229-253). New York: Springer.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. Journal of Personality, 43, 647-660.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect, Psychological Review, 94, 319-340.
- Hintz, L., D., & Williamson, D. A. (1987). Bulimia and depression: A review of the affective variant hypothesis. Psychological Bulletin, 8, 150-158.
- Hudson, J. I., Laffer, P. S., & Pope, H. G. (1982). Bulimia related to affective disorder by family history and response to the dexamethason suppression test. American Journal of Psychiatry, 139, 685-687.
- Hudson, J. I., Pope, G. G., Jr., Jonas, J. M., Laffer, P. S., Hudson, M. S., & Melby, J. C. (1983). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis hyperactivity in bulimia. Psychiatry Research, 8, 111-117.
- Huenemann, R., Shapiro, L., Hampton, M., & Mitchell, B. (1966). A longitudinal study of gross body composition and body conformity and their association with food and activity in a teenage population. American Journal of Clinical Nutrition, 18, 325-338.
- James, R. (1743). A medicinal dictionary. London: T. Osborne.
- James, W. (1892/1984). Psychology: The briefer course. New York: Holt, Rinegart & Winston. (document original publié en 1892).

- Jansen, A., Vand Den Hout, M., & Griez, E. (1990). Clinical and non-clinical binges. Behavior Research and Therapy, 28, 439-444.
- Johnson, C., Lewis, C., & Hagman, J. (1984). The syndrome of bulimia. Psychiatric Clinics of North America, 7, 247-274.
- Johnson, C., Stuckey, M. K., Lewis, L. D., & Schwartz, D. M. (1982). Bulimia: A descriptive study of 316 cases. International Journal of Eating Disorders, 2, 3-16.
- Jöreskog, L. G., & Sörbom, D. (1984). LISREL VI. Chicago: National Educational Resources, Inc.
- Jöreskog, L. G., & Sörbom, D. (1986). LISRELVI user's guide. (3rd ed.) Mooresville: Scientific Software, Inc.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jr., Jonas, J. M., Laffer, P. S., Hudson, M. S., & Melby, J. C. (1983). Hypothalamic-pituitary-adrenal-axis hyperactivity in bulimia. Psychiatry Research, 8, 111-117.
- Huon, G., & Brown, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. British Journal of Medical Psychology, 57, 61-66.
- Kane, R. A. (1981). Assessing the elderly: A practical guide to measurement. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Katzman, M. A., Wolchik, S. A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 423-428.
- Katzman, M. A., Wolchik, S. A., & Braver, S. L. (1984). The prevalence of frequent binge eating and bulimia in a nonclinical sample. International Journal of Eating Disorders, 3, 53-62.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. (1950). The biology of human starvation. Minneapolis: Univer. of Minnesota Press.
- Kihlstrom, J. F., & Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. Advances in Experimental Social Psychology, 17, 1-47.

- Kuiper, N. A., & Rogers, T. B. (1979). Encoding of personal information: Self-other differences. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 499-514.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., & Pirke, K. M. (1988). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 7, 681-686.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. J., Kotthaus, B. C., & Pirke, K. (1989). A comparison of the validity of three scales for the assessment of dietary restraint. Journal of Abnormal Psychology, 98, 504-507.
- Leon, G. R., Lucas, A. R., Colligan, R. C., Ferdinande, R.J., & Kamp, J. (1985). Sexual, body-image, and personality attitudes in anorexia nervosa. Journal of Abnormal Child Psychology, 13, 245-258.
- Leitenberg, H., Gross, J., Peterson, J., & Rosen, J. C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. Behavior Therapy, 15, 3-20.
- Levy, A. B., Dixon, K. N., & Schmidt, H. (1988). Sleep architecture in anorexia nervosa and bulimia. Biological Psychiatry, 23, 99-101.
- Lindholm, L., & Wilson, G. T. (1988). Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. International Journal of Eating Disorders, 7, 527-539.
- MacCallum, R. C. (1986). Specification searches in covariance structure modeling. Psychological Bulletin, 100, 107-120.
- Mahoney, M. J. (1990). Psychotherapy and the body in the mind. In T. F. Cash & T. Pruzinsky, (Eds.), Body images: Development, deviance, and change. (316-336). New York: The Guilford Press.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. Journal of Social Psychology, 35, 63-78.
- Markus, H., Hamill, R. & Sentis, K. (1987). Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. Journal of Applied Social Psychology, 17, 50-71.

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. American Psychologist, 41, 954-969.
- Markus, H., & Sentsis, K. (1982). The self in social information processing. In J. Suls (Ed.), Psychological perspectives on the self (pp.41-70). (Vol. 1.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. Annual Review of Psychology, 38, 299-337.
- Mazur, A. (1986). U.S. trends in feminine beauty and overadaptation. The Journal of Sex Research, 22, 281-303.
- McDonald, R. P. (1985). Factor analysis and related methods. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Metropolitan Life Insurance Company (1983). Metropolitan Height and Weight Tables. Statistical Bulletin, 64, 3-9.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. Journal of Counseling Psychology, 35, 463-471.
- Mitchell, J. E. (1986). Bulimia: Medical and physiological aspects. In K. D. Brownell, & J. P. Foreyt (Eds), Handbook of eating disorders (pp.379-388). New York: Basic Books, Inc.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 482-485.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., & Eckert, E. D. (1981). Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 138, 835-836.
- Mizes, J. Scott. (1985). Bulimia: A review of its symptomatology and treatment. Advances in Behavioral Research Therapy, 7, 91-142.
- Muuss, R. E. (1986). Adolescent eating disorder: Bulimia. Adolescence, 21, 257-267.
- Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). Consequences of adolescent drug use. Impact on the lives of young adults. Newbury: Sage Publications.

- Ogilvie, D. M. (1987). The undesired self: A neglected variable in personality research. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 379-385.
- Orbach, S. (1978). Fat is a feminist issue. New York: Paddington Press.
- Orbach, S. (1982). Fat is a feminist issue II. New-York: Berkeley Press.
- Orleans, C. T., & Barnett, L. R. (1984). Bulimarexia: Guidelines for behavioral assessment and treatment. In R. C. Hawkins II, W. J. Fremouw, & P. F. Clement (Eds), The binge-purge syndrome (pp. 144-182). New York: Springer.
- Poincaré, H. (1925). La science et l'hypothèse. Paris: Flammarion.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. American Psychologist, 40, 193-201.
- Pope, H. G., Jr., & Hudson (1982). Treatment of bulimia with antidepressants. Psychopharmacology, 78, 176-179.
- Pope, H. G., Jr., & Hudson (1984). New hope for binge eaters: Advances in the understanding and treatment of bulimia. New York: Harper & Row.
- Pope, H. G., Jr., & Hudson (1985). Biological treatments of eating disorders. In S. W. Emmett (Ed.), Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical, sociocultural, and psychosocial perspectives (pp.73-92). New York: Brunner/Mazel.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1981). Bulimia, a report of 34 cases. Journal of Clinical Psychiatry, 142, 482-485.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Halvorson, P. A., Neuman, P. A., & Goff, G. M. (1983). The incidence of bulimia in freshman college students. International Journal of Eating Disorders, 2, 75-85.
- Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 32. Psychology and gender (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Rogers, C. R. (1950). The significance of the self-regarding attitudes and perceptions. In M. L. Reymert, (Ed.), Feelings and emotions: The Mooseheart symposium. New York: McGraw-Hill.
- Rosen, J. C. (1990). Body-image disturbances in eating disorders. In T. F. Cash & T. Pruzinsky, (Eds.), Body images: Development, deviance, and change. (190-216). New York: The Guilford Press.
- Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. Behavior Therapy, 13, 117-124.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.
- Ruff, G. A., & Barrios, G. A. (1986). Realistic assessment of body image. Behavioral Assessment, 8, 237-251.
- Russell, G. (1979). Bulimia-nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 419-448.
- Sabine, E. (1983). Bulimia associated with dysphoria rather than with affective disorder. American Journal of Psychiatry, 140, 1096.
- Schlesier-Stropp, B. (1984). Bulimia: A review of the literature. Psychological Bulletin, 95, 247-257.
- Slade, P. D. (1985). A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19, 255-265.
- Slade, P. D., & Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 3, 188-199.
- Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 863-872.
- Solso, R. L. (1988). Cognitive Psychology. Boston: Allyn & Bacon, Inc.

- Spence, J. T. (1985). Gender identity and its implications for the concept of masculinity and femininity. In T. B. Sonderegger (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 32. Psychology and gender (pp. 59-95). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Srikameswaran, S., Leichner, P., & Harper, D. (1984). Sex-role ideology among women with anorexia and bulimia. International Journal of Eating Disorders, *3*, 39-43.
- Stein, D. M., & Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. International Journal of Eating Disorders, *7*, 201-210.
- Stern, S. L., Dixon, K. N., Nemzer, E., Lake, M. D., Sansone, R. A., Smeltzer, D. J., Lantz, S., & Schrier, S. S. (1984). Affective disorder in the families of women with normal weight bulimia. American Journal of Psychiatry, *141*, 1224-1227.
- Strangler, R. S., & Printz, A. M. (1980). DSM-III. Psychiatric diagnosis in a university population. American Journal of Psychiatry, *137*, 937-940.
- Strauss, J., & Ryan, R. M. (1988). Cognitive dysfunction in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, *7*, 19-27.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, *41*, 246-263.
- Strober, M., & Katz, J. L. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. International Journal of Eating Disorders, *6*, 171-180.
- Suyapa, E., Silvia, M., & MacCallum, R. C. (1988). Some factors affecting the success of specification searches in covariance structure modeling. Multivariate Behavioral Research, *23*, 297-326.
- Swift, W. J., Andrews, D., & Barklage, N. E. (1986). The relationship between affective disorder and eating disorders: A review of the Literature. American Journal of Psychiatry, *143*, 290-299.
- Swift, W. J., & Letven, R. (1984). Bulimia and the basic fault: A psychoanalytic interpretation of the bingeing-vomiting syndrome. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, *23*, 489-497.

- Swift, W. J., & Wonderlich, S. A. (1988). Personality factors and diagnosis in eating disorders: Traits, disorders, and structures. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel, (Eds.), Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa (pp. 112-165). New York: Brunner/Mazel.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1984). Confirmatory hierarchical factor analyses of psychological distress measures. Journal of Personality and Social Psychology, *46*, 621-635.
- Thompson, D. A., Berg, K. M., & Shatford, L. A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: cognitive and behavioral dimensions. International Journal of Eating Disorders, *6*, 215-234.
- Thompson, J. K., Berland, N. W., Linton, P. H., & Weinsier, R. L. (1986). Utilization of a self-adjusting light beam in the objective assessment of body distortion in seven eating disorder groups. International Journal of Eating Disorders, *5*, 113-120.
- Thompson, J. K., Dolce, J. J., Spana, R. E., & Register, A. (1987). Emotionally versus intellectually based estimates of body size. International Journal of Eating Disorders, *6*, 507-513.
- Thompson, J. K., Penner, L. A., & Altabe, M. N. (1990). Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky, (Eds.), Body images: Development, deviance, and change. (pp. 21-50). New York: The Guilford Press.
- Thompson, J. K., & Psaltis, K. (1988). Multiple aspects and correlates of body figure ratings: A replication and extension of Fallon and Rozin (1985). International Journal of Eating Disorders, *6*, 813-817.
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. New York: Pergamon Press.
- Thorndike, R. (1982). Applied psychometrics. Palo Alto: Houghton, Mifflin.
- Touyz, S. W., Beamont, P. J., Collins, J. K., & Cowie, I. (1985). Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, *4*, 259-265.

- Traub, A. C., & Orbach, J. (1964). Psychophysical studies of body image: I. The adjustable body-distorting mirror. Archives of General Psychiatry, 11, 53-66.
- Tucker, I. F. (1970). Adjustment. Models and mechanisms. New York: Academic Press.
- Wallach, J. D., & Lowenkopf, E. L. (1984). Five bulimic women. MMPI, Rorschach, and TAT characteristics. International Journal of Eating Disorders, 3, 53-66.
- Walsh, B. T., Goetz, R., Roose, S. P., Fingerhuth, S., & Glassman, A. H. (1985). EEG-Monitored sleep in anorexia nervosa and bulimia. Biological Psychiatry, 20, 947-956.
- Wardle, J., & Foley, E. (1989). Body Image: Stability and sensitivity of body satisfaction and body size estimation. International Journal of Eating Disorders, 8, 55-62.
- Welch, G. H., & Hall, A. (1989). The reliability and discriminant validity of three potential measures of bulimic behaviours. Journal of Psychiatric Research, 23, 125-133.
- Wertheim, E. H. (1989). Analysis of the internal consistency and component parts of the Bulimia Test using both university and eating problem samples. International Journal of Eating Disorders, 8, 325-334.
- Williamson, D. A. (1990). Assessment of eating disorders. Obesity, anorexia, and bulimia nervosa. New York: Pergamon Press.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J., & Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Behavioral Assessment, 11, 433-446.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Goreczny, A., J., & Blouin, D. C. (1989). Body image disturbances in bulimia nervosa: Influences of actual body size. Journal of Abnormal Psychology, 98, 97-99.
- Williamson, D. A., Goreczny, A. J., Davis, C. J., Ruggiero, L., & McKenzie, S. J. (1988). Psychophysiological analysis of the anxiety model of bulimia nervosa. Behavior Therapy, 19, 1-9.

- Williamson, D. A., Kelley, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L., & Blouin, D. C. (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 161-166.
- Williamson, D. A., Kelley, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L., & Veitia, M. C. (1985). The psychophysiology of bulimia. Advances in Behavior Research and Therapy, 7, 163-172.
- Williamson, D. A., Prather, R. C., Goreczny, A. J., Davis, C. J., & McKenzie. (1989). A comprehensive model of bulimia nervosa: Empirical evaluation. In W. G. Johnson (Ed.), Advances in Eating Disorders (pp. 137-156). Greenwich, CT: JAI Press.
- Williamson, D. A., Prather, R. C., Upton, L, Davis, C. J., Ruggiero, L, & Van Buren, D. (1987). Severity of bulimia: Relationship with depression and other psychopathology. International Journal of Eating Disorders, 6, 39-47.
- Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C., Fondacaro, K. M., & Gross, J. (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 161-166.
- Wooley, O. S., & Kearney-Cooke, A. Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance. In D. D. Brownell & J. P. Foreyt (Ed.), Handbook of eating disorders (pp. 353-366). New York: Basic Books Inc.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1981). Overeating as a substance abuse. Advances in Substance Abuse, 2, 41-67.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1985). Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In D. M. Garner & Garfinkel (Eds.), Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia (pp.391-430). New York: Guilford.
- Wooley, O. W., Wooley, S. C., & Dyrenforth, S. R. (1979). Obesity and women-II. A neglected feminist topic. Women's Studies Institute Quartely, 2, 81-92.
- Yates, A. J., & Sambrailo, F. (1984). Bulimia nervosa: A descriptive and therapeutic study. Behavior Research and Therapy, 503-517.

Annexe 1-A

Copie originale du questionnaire complet³⁷ administré aux sujets

³⁷ Trois ensembles d'items, soit les questions 1 à 10, 98 à 107 et 141 à 151, ont été inclus dans ce questionnaire pour des fins autres que celles visées par le présent travail de recherche. Ces items seront utilisés dans le cadre de sessions expérimentales futures.

Attitudes, Feelings and Eating Habits Questionnaire

This questionnaire asks you to describe various beliefs or habits you may have regarding eating, dieting, and your physical shape. Please read each question carefully and write only on the Answer Sheet provided. Please do not spend too much time on any one question. Do not put any marks on this questionnaire. Some questions may look the same but they are all different. **THERE ARE NO RIGHT OR WRONG ANSWERS**, so please give your honest opinion on each question and trust that your answers will be kept strictly confidential by the investigator.

Before beginning however we would like to find out about what kind of *mood* you are in at the present time. For each of the 10 adjectives below select any number from 0 to 4 which best corresponds to how you feel now and record that number in the space provided on the Answer Sheet.

The number should refer to the following:

0 = not at all; 1 = a little; 2 = moderately; 3 = quite a bit; 4 = extremely

Present Mood

1. Tense
2. Unhappy
3. Sad
4. Hopeless
5. Restless
6. Discouraged
7. Nervous
8. Anxious
9. Worthless
10. Guilty

Eating Habits and Reactions

This is a scale which measures a variety of attitudes, feeling and behaviors. Read each question carefully and choose the number that applies best to you; write your answer in the space provided on the Answer Sheet.

- | | |
|---|---|
| <p>11. Do you ever eat uncontrollably to the point of stuffing yourself (i.e., going on eating binges)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Once a month or less (or never) 2- 2 to 3 times a month 3- Once or twice a week 4- 3 to 6 times a week 5- Once a day or more | <p>14. Would you presently call yourself a "binge eater"?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Yes, absolutely 2- Yes 3- Yes, probably 4- Yes, possibly 5- No, probably not |
| <p>12. I am satisfied with my eating patterns</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Agree 2- Neutral 3- Disagree a little 4- Disagree 5- Disagree strongly | <p>15. I prefer to eat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- At home alone 2- At home with others 3- In a public restaurant 4- At a friend's house 5- Doesn't matter |
| <p>13. Have you ever kept eating until you thought you'd explode?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- practically every time I eat 2- Very frequently 3- Often 4- Sometimes 5- Seldom or never | <p>16. Do you feel you have control over the amount of food you consume?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Most or all of the time 2- A lot of the time 3- Occasionally 4- Rarely 5- Never |

17. I use laxatives or suppositories to help control my weight.
- 1- Once a day or more
 - 2- 3 to 6 times a week
 - 3- Once or twice a week
 - 4- 2 to 3 times a month
 - 5- Once a month or less (or never)
18. I eat until I feel too tired to continue.
- 1- At least once a day
 - 2- 3 to 6 times a week
 - 3- Once or twice a week
 - 4- 2 to 3 times a month
 - 5- Once a month or less (or never)
19. How often do you prefer eating ice cream, milk shakes, or puddings during a binge?
- 1- Always
 - 2- Frequently
 - 3- Sometimes
 - 4- Seldom or never
 - 5- I don't binge
20. How much are you concerned about your eating binges?
- 1- I don't binge
 - 2- Bothers me a little
 - 3- Moderate concern
 - 4- Major concern
 - 5- Probably the biggest concern in my life
21. Most people I know would be amazed if they knew how much food I can consume at one sitting.
- 1- Without a doubt
 - 2- Very probably
 - 3- Probably
 - 4- Possibly
 - 5- No
22. Do you ever eat to the point of feeling sick?
- 1- Very frequently
 - 2- Frequently
 - 3- Fairly often
 - 4- Occasionally
 - 5- Rarely or never
23. I am afraid to eat anything for fear that I won't be able to stop.
- 1- Always
 - 2- Almost always
 - 3- Frequently
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or never
24. I don't like myself after I eat too much.
- 1- Always
 - 2- Frequently
 - 3- Sometimes
 - 4- Seldom or never
 - 5- I don't eat too much
25. How often do you intentionally vomit after eating?
- 1- 2 or more times a week
 - 2- Once a week
 - 3- 2 to 3 times a month
 - 4- Once a month
 - 5- Less than once a month (or never)
26. Which of the following describes your feelings after binge eating?
- 1- I don't binge eat
 - 2- I feel O.K.
 - 3- I feel mildly upset with myself
 - 4- I feel quite upset with myself
 - 5- I hate myself
27. I eat a lot of food, even when I'm not hungry.
- 1- Very frequently
 - 2- Frequently
 - 3- Occasionally
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or never
28. My eating patterns are different from eating patterns of most people.
- 1- Always
 - 2- Almost always
 - 3- Frequently
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or never
29. I have tried to lose weight by fasting or going on "crash" diets.
- 1- Not in the past year
 - 2- Once in the past year
 - 3- 2 to 3 times in the past year
 - 4- 4 to 5 times in the past year
 - 5- More than 5 times in the past year
30. I feel sad or blue after eating more than I'd planned to eat.
- 1- Always
 - 2- Almost always
 - 3- Frequently
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or never, or not applicable

31. When engaged in an eating binge, I tend to eat foods that are high in carbohydrates (sweets and starches).
- 1- Always
 - 2- Almost always
 - 3- Frequently
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or I don't binge
32. Compared to most people, my ability to control my eating behavior seems to be:
- 1- Greater than others' ability
 - 2- About the same
 - 3- Less
 - 4- Much less
 - 5- I have absolutely no control
33. I would presently label myself a "compulsive eater" (one who engages in episodes of uncontrolled eating).
- 1- Absolutely
 - 2- Yes
 - 3- Yes, probably
 - 4- Yes, possibly
 - 5- No, probably not
34. What is the most weight you've ever lost in 1 month?
- 1- Over 20 pounds
 - 2- 12 to 20 pounds
 - 3- 8 to 11 pounds
 - 4- 4 to 7 pounds
 - 5- Less than 4 pounds
35. If I eat too much at night I feel depressed the next morning.
- 1- Always
 - 2- Frequently
 - 3- Sometimes
 - 4- Seldom or never
 - 5- I don't eat too much at night
36. Do you believe that it is easier for you to vomit than it is for most people?
- 1- Yes, it's no problem at all for me
 - 2- Yes, it's easier
 - 3- Yes, it's a little easier
 - 4- About the same
 - 5- No it's less easy, or I don't vomit
37. I feel that food controls my life.
- 1- Always
 - 2- Almost always
 - 3- Frequently
 - 4- Sometimes
 - 5- Seldom or never
38. I feel depressed immediately after I eat too much.
- 1- Always
 - 2- Frequently
 - 3- Sometimes
 - 4- Seldom or never
 - 5- I don't eat too much
39. How often do you vomit after eating in order to lose weight?
- 1- Never
 - 2- Less than once a month
 - 3- 2 to 3 times a month
 - 4- Once a week
 - 5- 2 or more times a week
40. When consuming a large quantity of food, at what rate of speed do you usually eat?
- 1- More rapidly than most people have ever eaten in their lives
 - 2- A lot more rapidly than most people
 - 3- A little more rapidly than most people
 - 4- About the same rate as most people
 - 5- More slowly than most people (or not applicable)
41. What is the most weight you've ever gained in 1 month?
- 1- Over 20 pounds
 - 2- 12 to 20 pounds
 - 3- 8 to 11 pounds
 - 4- 4 to 7 pounds
 - 5- Less than 4 pounds
42. I use diuretics (water pills) to help control my weight.
- 1- Once a day or more
 - 2- 3 to 6 times a week
 - 3- Once or twice a week
 - 4- 2 to 3 times a month
 - 5- Once a month or less (or never)
43. How do you think your appetite compares with that of most people you know?
- 1- Many times larger than most
 - 2- Much larger
 - 3- A little larger
 - 4- About the same
 - 5- Smaller than most

44. One of your best friends suddenly suggests that you both eat at a new restaurant buffet that night. Although you'd planned on eating something light at home, you go ahead and eat out, eating quite a lot and feeling uncomfortably full. How would you feel about yourself on the ride home?
- 1- Fine, glad I'd tried that new restaurant
 - 2- A little regretful that I'd eaten so much
 - 3- Somewhat dissapointed in myself
 - 4- Upset with myself
 - 5- Totally disgusted with myself

Background

Please answer each question using the scale provided below:

1 - never; 2 - rarely; 3 - sometimes; 4 - often; 5 - very often; 6 - almost always

45. When you were a child, or an adolescent, were you ever teased about being too fat or too skinny?
46. In high school, were you ever singled out or teased because of the size of your breasts?
47. When you were younger, did anyone ever make comments about your legs or your thighs?
48. When you were younger, were you concerned or preoccupied about certain parts of your body?
49. Where you ever the brunt of family jokes because of your weight?
50. When you were younger, were there times when you wanted to hide certain parts of your body?
51. Did other kids call you names that related to your size or weight?
52. When you were a child, or an adolescent, were you particularly proud of the shape of your body?
53. Did your brother(s) or other male relatives make fun of you because of your weight and/or your shape?
54. When you were a child, or an adolescent, were you ever ashamed of the shape of your body?
55. When you were younger, did your classmates tease each other about their weight and/or bodies?
56. When you were a child, did you feel that your peers were staring at you because of your size or weight?
57. When your were younger, did you ever feel that people were making fun of you because of your weight?
58. Did your family make you feel uncomfortable because of physical changes during puberty?
59. When you were younger, were you sensitive about trying out for sports because you were heavy?

Beliefs

Please indicate what you personally believe to be true. Answer each question using the scale provided below:

Do not agree at all		Agree moderately		Strongly agree
1	2	3	4	5
				6
				7

60. People who are thin are well liked.
61. People who are fat have an unhappy social life.
62. Being physically attractive is important for any kind of success in life.
63. There is probably nothing worse than being fat.
64. People who are thin feel good about themselves.

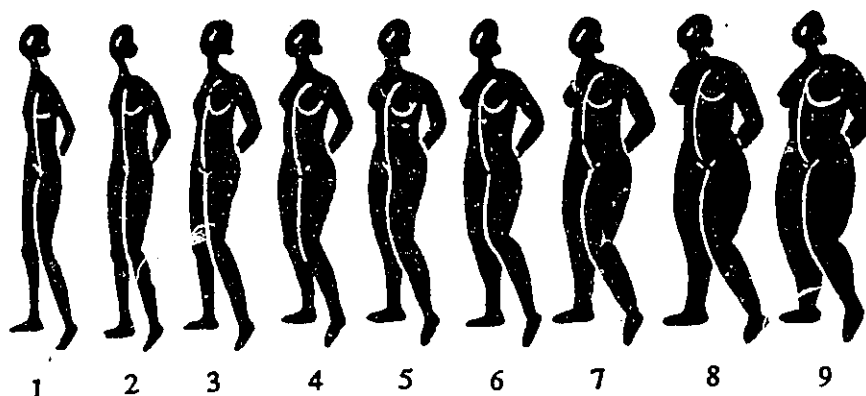
Do not agree at all Agree moderately Strongly agree
 1 2 3 4 5 6 7

65. Frankly, nobody likes a fat person.
66. Women who have nice bodies are popular.
67. People who keep their bodies in good shape are attractive.
68. Having a thin body makes a person sexually desirable.
69. Fat people have to try much harder if they want to be successful.
70. People who are thin are sociable.
71. People who are fat don't have any self-control.
72. Deep down, those who are fat are not well adjusted.
73. Having a slim body makes a person confident in social situations.
74. When you think about it, being fat is really unattractive.
75. Being thin is extremely important.
76. People who are obese are unattractive.
77. To be honest, I don't think very highly of people who can't keep their weight down.

My body

78. Many women wish their weight were different. What, personally, would you consider to be your ideal weight, or the weight you dream of being?
79. Many women have a fear of being or becoming fat. How much would you have to weigh before you yourself reached that point personally?

For the next three questions, please refer to the numbers located below each silhouette:



80. Select the silhouette that most clearly depicts your current body size, as you perceive it to be.
81. Using the silhouette chosen above as a point of departure, which figure is the first to come close to the body size you dream of being.
82. Again starting with your choice in question 80, which is the first figure that for you represents a body size you fear of being.

Please answer each question using the scale provided below:

Do not agree at all		Agree moderately		Strongly agree
1	2	3	4	5
				6
				7

83. There is nothing that I would like more than to be thin.
84. I dread the thought of gaining weight.
85. I spend a lot of time thinking about being thinner.
86. There is nothing that I fear more than becoming fat.
87. I very much wish that some parts of my body were more attractive.
88. I would give anything to have a better shaped body.
89. I'm very much afraid of my body becoming unattractive.
90. I worry a lot about getting fat.
91. I dream of the day I can reach and maintain my ideal weight.
92. I worry a lot about having an ugly shaped body.

Please select the number that best describes how you perceive yourself to be.

93. thin 1 2 3 4 5 6 fat
94. shapely 1 2 3 4 5 6 unshapely
95. physically attractive 1 2 3 4 5 6 physically unattractive
96. lightweight 1 2 3 4 5 6 heavyweight
97. ugly body 1 2 3 4 5 6 beautiful body

Please answer each question using the scale provided below:

1 - definitely false 2 - false 3 - mostly false 4 - more false than true
5 - more true than false 6 - mostly true 7 - definitely true

98. I have a physically attractive body.
99. I am ugly.
100. I have a good body build.
101. There are lots of things about the way I look that I would like to change.
102. My body weight is about right (neither too fat nor too skinny).
103. I dislike the way I look.
104. I have nice facial features.
105. I wish that I were physically more attractive.
106. Most of my friends are better looking than I am.
107. I am good looking.

Please answer each question using the scale provided below:

1 - never; 2 - rarely; 3 - sometimes; 4 - often; 5 - very often; 6 - almost always;

108. I think that my stomach is too big.
109. I think that my thighs are too large.
110. I feel satisfied with the shape of my body.
111. I like the shape of my buttocks.
112. I think that my hips are just the right size.
113. Have you felt ashamed of your body?
114. Have you felt happiest about your shape when your stomach has been empty (e.g., in the morning)?
115. Have you been particularly self-conscious about your shape when in the company of other people?
116. Has seeing your reflection (e.g., in a mirror or shop window) made you feel bad about your shape?
117. Have you avoided situations where people could see your body (e.g. communal changing rooms or swimming pools)?
118. Has eating sweets, cakes, or other high calorie food made you feel fat?
119. Has feeling full (e.g. after eating a large meal) made you feel fat?
120. Have you noticed the shape of other women and felt that your own shape compared unfavorably?
121. Have you been so worried about your shape that you have been feeling you ought to diet?
122. Has worry about your shape made you feel you ought to exercise?

Feelings and Attitudes

Please answer each question using the scale provided below:

1 - strongly agree 2 - agree 3 - disagree 4 - strongly disagree

123. I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others.
124. I feel that I have a number of good qualities.
125. All in all, I am inclined to feel that I am a failure.
126. I am able to do things as well as most other people.
127. I feel I do not have much to be proud of.
128. I take a positive attitude toward myself.
129. On the whole, I am satisfied with myself.
130. I wish I could have more respect for myself.
131. I certainly feel useless at times.
132. At times I think I am no good at all.

Below are groups of statements. Please read each group of statements carefully, then choose the number beside the statement that best describes the way that you have been feeling in the past week, including today.

133. 0 - I do not feel like a failure.
 1 - I feel I have failed more than the average person.
 2 - As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 3 - I feel I am a complete failure as a person.
134. 0 - I don't feel particularly guilty.
 1 - I feel guilty a good part of the time.
 2 - I feel quite guilty most of the time.
 3 - I feel guilty all of the time.
135. 0 - I don't have any thoughts of killing myself.
 1 - I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 2 - I would like to kill myself.
 3 - I would kill myself if I had the chance.
136. 0 - I don't get more tired than usual.
 1 - I get tired more easily than I used to.
 2 - I get tired from doing almost anything.
 3 - I am too tired to do anything.

Please answer the following questions using the scale provided below:

- 1 - strongly disagree; 2 - disagree; 3 - slightly disagree; 4 - neither agree nor disagree;
 5 - slightly agree; 6 - agree; 7 - strongly agree;

137. In most ways my life is close to my ideal.
 138. The conditions of my life are excellent.
 139. I am satisfied with my life.
 140. So far I have gotten the important things I want in life.
 141. If I could live my life over, I would change almost nothing.

Sometimes people have different reactions to completing questionnaires of this kind. Please tell us about your present mood from filling out the questionnaire.

The number should refer to the following:

0 = not at all; 1 = a little; 2 = moderately; 3 = quite a bit; 4 = extremely

142. Tense
 143. Unhappy
 144. Sad
 145. Hopeless
 146. Restless
 147. Discouraged
 148. Nervous
 149. Anxious
 150. Worthless
 151. Guilty

It happens sometimes that after answering questionnaires like this people become aware of certain habits and reactions that they would like to learn more about or change on a personal level. Should you be concerned and wanting to talk to someone about anything that may have arisen in you as a result of this survey please do not hesitate to contact the Student Counselling Service where professional guidance is provided: 564-3327.

Annexe 1-B

Copie originale de la feuille-réponse accompagnant le questionnaire

Student I.D. Number _____ Name: (print) _____
 Age: _____ Height: _____ Weight (now): _____ lbs or kg
 Highest weight (past 12 months): _____ lbs or kg Lowest weight (past 12 months): _____ lbs or kg

Would you be interested in learning more about our studies on body shape and eating habits and maybe taking part in an experiment on the topic? _____ telephone #: _____

<i>Present Mood</i>			
1. _____	40. _____	<i>My body</i>	117. _____
2. _____	41. _____	78. _____ lbs or kg	118. _____
3. _____	42. _____	79. _____ lbs or kg	119. _____
4. _____	43. _____	80. _____	120. _____
5. _____	44. _____	81. _____	121. _____
6. _____	<i>Background</i>	82. _____	122. _____
7. _____	45. _____	83. _____	<i>Feelings and Attitudes</i>
8. _____	46. _____	84. _____	123. _____
9. _____	47. _____	85. _____	124. _____
10. _____	48. _____	86. _____	125. _____
<i>Eating Habits & Reactions</i>	49. _____	87. _____	126. _____
11. _____	50. _____	88. _____	127. _____
12. _____	51. _____	89. _____	128. _____
13. _____	52. _____	90. _____	129. _____
14. _____	53. _____	91. _____	130. _____
15. _____	54. _____	92. _____	131. _____
16. _____	55. _____	93. _____	132. _____
17. _____	56. _____	94. _____	133. _____
18. _____	57. _____	95. _____	134. _____
19. _____	58. _____	96. _____	135. _____
20. _____	59. _____	97. _____	136. _____
21. _____	<i>Beliefs</i>	98. _____	137. _____
22. _____	60. _____	99. _____	138. _____
23. _____	61. _____	100. _____	139. _____
24. _____	62. _____	101. _____	140. _____
25. _____	63. _____	102. _____	141. _____
26. _____	64. _____	103. _____	142. _____
27. _____	65. _____	104. _____	143. _____
28. _____	66. _____	105. _____	144. _____
29. _____	67. _____	106. _____	145. _____
30. _____	68. _____	107. _____	146. _____
31. _____	69. _____	108. _____	147. _____
32. _____	70. _____	109. _____	148. _____
33. _____	71. _____	110. _____	149. _____
34. _____	72. _____	111. _____	150. _____
35. _____	73. _____	112. _____	151. _____
36. _____	74. _____	113. _____	
37. _____	75. _____	114. _____	
38. _____	76. _____	115. _____	
39. _____	77. _____	116. _____	

Annexe 2-A*"T...quineries Antérieures"*

1. When you were a child, or an adolescent, were you ever teased about being too fat or too skinny?
2. In high school, were you ever singled out or teased because of the size of your breasts?
3. When you were younger, did anyone ever make comments about your legs or your thighs?
4. When you were younger, were you concerned or preoccupied about certain parts of your body?
5. Where you ever the brunt of family jokes because of your weight?
6. When you were younger, were there times when you wanted to hide certain parts of your body?
7. Did other kids call you names that related to your size or weight?
8. When you were a child, or an adolescent, were you particularly proud of the shape of your body?
9. Did your brother(s) or other male relatives make fun of you because of your weight and/or your shape?
10. When you were a child, or an adolescent, were you ever ashamed of the shape of your body?
11. When you were younger, did your classmates tease each other about their weight and/or bodies?
12. When you were a child, did you feel that your peers were staring at you because of your size or weight?
13. When you were younger, did you ever feel that people were making fun of you because of your weight?
14. Did your family make you feel uncomfortable because of physical changes during puberty?
15. When you were younger, were you sensitive about trying out for sports because you were heavy?

Annexe 2-B*"Croyances au sujet de la minceur"*

1. People who are thin are well liked.
2. Being physically attractive is important for any kind of success in life.
3. People who are thin feel good about themselves.
4. Women who have nice bodies are popular.
5. People who keep their bodies in good shape are attractive
6. Having a thin body makes a person sexually desirable.
7. People who are thin are sociable.
8. Having a slim body makes a person confident in social situations.
9. Being thin is extremely important.

"Croyances au sujet de l'obésité"

10. People who are fat have an unhappy social life.
11. There is probably nothing worse than being fat.
12. Frankly, nobody likes a fat person.
13. Fat people have to try much harder if they want to be successful.
14. People who are fat don't have any self-control.
15. Deep down, those who are fat are not well adjusted.
16. When you think about it, being fat is really unattractive.
17. People who are obese are unattractive.
18. To be honest, I don't think very highly of people who can't keep their weight down.

Annexe 2-C

Mesures permettant d'obtenir la distance subjective entre les sois corporels actuels et les sois corporels désirés et redoutés

1. *"Véhémence du désir de devenir mince"*

1. There is nothing that I would like more than to be thin.
2. I spend a lot of time thinking about being thinner.
3. I very much wish that some parts of my body were more attractive.
4. I would give anything to have a better shaped body.
5. I dream of the day I can reach and maintain my ideal weight.

2. *"Véhémence de la crainte de devenir obèse"*

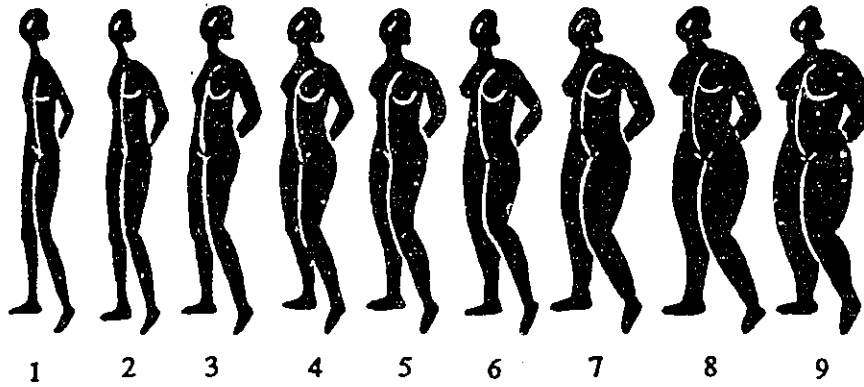
1. I dread the thought of gaining weight.
2. There is nothing that I fear more than becoming fat.
3. I'm very much afraid of my body becoming unattractive.
4. I worry a lot about getting fat.
5. I worry a lot about having an ugly shaped body.

3. *Poids corporel - désiré vs. redouté*

1. Many women wish their weight were different. What, personally, would you consider to be your ideal weight, or the weight you dream of being?
2. Many women have a fear of being or becoming fat. How much would you have to weight before you yourself reached that point personally?

4. *Forme corporelle - actuelle vs. désirée vs. redoutée*

For the next three questions, please refer to the numbers located below each silhouette:



1. Select the silhouette that most clearly depicts your current body size, as you perceive it to be.
2. Using the silhouette chosen above as a point of departure, which figure is the **first** to come close to the body size you dream of being.
3. Again starting with your choice in question 1, which is the **first** figure that for you represents a body size you fear of being.

Annexe 3

Tableau A

Saturations de tous les items du questionnaire "Taquineries Antérieures"
provenant de l'analyse factorielle exploratoire

Items	Saturations Facteur 1	Saturations Facteur 2
* 1. Teased about being too fat or too skinny	.69	.04
2. Teased about the size of breasts	.15	.73
3. People commented about legs or thighs	.37	.11
* 4. Preoccupied with parts of the body	.02	.73
* 5. Brunt of family jokes	.66	.11
* 6. Wanted to hide certain parts of the body	.14	.84
* 7. Kids called you names related to body	.71	.09
8. Proud of the shape of your body	.16	.31
9. Brothers made fun of you because of weight	.45	.02
* 10. Ashamed of shape of body	.07	.74
11. Classmates teased each other because of weight	.28	.10
12. Peers were staring at you because of weight	.52	.40
13. People were making fun of you	.55	.30
14. Family made you feel uncomfortable	.01	.32
15. Sensitive about trying for sports	.31	.33

* Items retenus pour la version finale

La corrélation entre les deux facteurs était de .50

Annexe 3 (suite)

Tableau B

Saturations de tous les items du questionnaire "Croyances-minceur/obésité"
provenant de l'analyse factorielle confirmatoire

Items	Saturations Croyances-minceur	Saturations Croyances-obésité
* 1. Thin people are well liked	.65	--
2. Attractiveness is important for success	.66	--
3. Thin people feel good about themselves	.65	--
* 4. Women who have nice bodies are popular	.66	--
5. Bodies in good shape are attractive	.57	--
* 6. A thin body is sexually desirable	.70	--
7. Thin people are sociable	.60	--
8. Thin people are confident in social situations	.72	--
* 9. Being thin is extremely important	.75	--
10. Fat people have an unhappy social life	--	.57
11. There is nothing worse than being fat	--	.66
12. Frankly, nobody likes a fat person	--	.57
13. Fat people have to try harder for success	--	.52
* 14. Fat people don't have any self-control	--	.73
* 15. Fat people are not well adjusted	--	.68
* 16. Being fat is really unattractive	--	.72
17. Obese people are unattractive	--	.60
* 18. I don't think highly of fat people	--	.64

* Items retenus pour la version finale

La corrélation entre les deux facteurs était de .76

Note: Pour l'échelle "Croyances minceur", plusieurs items avaient des saturations très élevées; toutefois, seulement un nombre limité d'items a été retenu, étant donné le critère de parcimonie qui avait été établi au point de départ.

Annexe 4-A

Items et leur version abrégée pour le questionnaire "Taquineries antérieures"

Taquineries antérieures

Taquineries

- | | |
|---|--|
| 1. When you were a child, or an adolescent, were you ever teased about being too fat or too skinny? | Teased about being too fat or too skinny |
| 5. Where you ever the brunt of family jokes because of your weight? | Brunt of family jokes |
| 7. Did other kids call you names related to your size or weight? | Kids called you names related to body |

Intériorisation

- | | |
|--|--|
| 4. When you were younger, were you concerned or preoccupied about certain parts of your body? | Preoccupied with parts of the body. |
| 6. When you were younger, were there times when you wanted to hide certain parts of your body? | Wanted to hide certain parts of the body |
| 10. When you were a child, or an adolescent, were you ever ashamed of the shape of your body? | Ashamed of shape of body |

Annexe 4-B

Items et leur version abrégée pour le questionnaire
"Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité"

Croyances

Au sujet de la minceur

- | | |
|--|--|
| 1. People who are thin are well liked. | Thin people are well liked |
| 4. Women who have nice bodies are popular. | Women who have nice bodies are popular |
| 6. Having a thin body makes a person sexually desirable. | A thin body is sexually desirable |
| 9. Being thin is extremely important. | Being thin is extremely important |

Au sujet de l'obésité

- | | |
|---|--|
| 14. People who are fat don't have any self-control. | Fat people don't have any self-control |
| 15. Deep down, those who are fat are not well adjusted. | Fat people are not well adjusted |
| 16. When you think about it, being fat is really unattractive. | Being fat is really unattractive |
| 18. To be honest, I don't think very highly of people who can't keep their weight down. | I don't think highly of fat people |

Annexe 4-C

Items et leur version abrégée pour le questionnaire "Souci corporel"

Mécontentement

- | | |
|--|---|
| 1. I think that my stomach is too big. | Think my stomach is too big. |
| 2. I think that my thighs are too large. | Think my thighs are too large. |
| 3. I feel satisfied with the shape of my body. | Feel satisfied with the shape of my body. |
| 4. I like the shape of my buttocks. | Like the shape of my buttocks. |
| 5. I think that my hips are just the right size. | Think my hips are the right size. |

Préoccupation

- | | |
|--|--|
| 1. Have you felt ashamed of your body? | Felt ashamed of body. |
| 2. Have you been particularly self-conscious about your shape when in the company of other people? | Self-conscious about shape with others. |
| 3. Has seeing your reflection (e.g., in a mirror or shop window) made you feel bad about your shape? | Felt bad about shape when seeing reflection. |
| 4. Have you avoided situations where people could see your body (e.g., communal changing rooms or swimming pools)? | Avoided situations where you could be seen. |
| 5. Have you noticed the shape of other women and felt that your own shape compared unfavorably? | Felt that shape compared unfavorably. |

Sentiment d'être grosse

- | | |
|---|--|
| 1. Have you felt happiest about your shape when your stomach has been empty (e.g., in the morning)? | Felt happiest when stomach empty. |
| 2. Has eating sweets, cakes, or other high calorie food make you feel fat? | Felt fat from eating high calorie foods. |
| 3. Has feeling full (e.g., after eating a large meal) made you feel fat? | Felt fat after eating a large meal. |
| 4. Have you been so worried about your shape that you have been feeling you ought to diet. | Worried about shape/ought to diet. |
| 5. Has worry about your shape made you feel you ought to exercise? | Worried about shape/ought to exercise. |

Annexe 4-D

Items et leur version abrégée pour le questionnaire "Bien-être psychologique"

Estime de soi

- | | |
|--|--|
| 1. I feel that I'm a person of worth, at least on an equal lane with others. | I am a person of worth |
| 2. I feel that I have a number of good qualities. | I have a number of good qualities. |
| 3. All in all, I am inclined to feel that I am a failure. | I feel that I am a failure. |
| 4. I am able to do things as well as most other people. | I am able to do things well. |
| 5. I feel I do not have much to be proud of. | I do not have much to be proud of. |
| 6. I take a positive attitude toward myself. | I take a positive attitude. |
| 7. On the whole, I am satisfied with myself. | I am satisfied with myself. |
| 8. I wish I could have more respect for myself. | I should have more respect for myself. |
| 9. I certainly feel useless at times. | I feel useless at times. |
| 10. At times, I think I am no good at all. | At times, I think I am no good at all. |

Satisfaction de vie

- | | |
|---|--|
| 1. In most ways, my life is close to my ideal. | My life is close to my ideal. |
| 2. The conditions of my life are excellent. | The conditions of my life are excellent. |
| 3. I am satisfied with my life. | I am satisfied with my life. |
| 4. So far I have gotten the important things I want in life. | I've gotten the important things I want. |
| 5. If I could live my life over, I would change almost nothing. | I would change nothing to my life. |

Symptômes dépressifs

- | | |
|---|------------------------|
| 1. I do not feel like a failure.
I feel I have failed more than the average person.
As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
I feel I am a complete failure as a person. | I feel like a failure. |
|---|------------------------|

Annexe 4-D (suite)

- | | |
|--|------------------------------------|
| 2. I don't feel particularly guilty.
I feel guilty a good part of the time,
I feel quite guilty most of the time.
I feel guilty all of the time. | I feel guilty. |
| 3. I don't have any thoughts of killing myself.
I have thoughts of killing myself, but I would
not carry them out.
I would like to kill myself.
I would kill myself if I had the chance. | I have thoughts of killing myself. |
| 4. I don't get more tired than usual.
I get tired more easily than I used to.
I get tired from doing almost anything.
I am too tired to do anything. | I get more tired than usual. |

Annexe 5

Description des groupes "Non-boulimique" et "À tendance boulimique" de l'Étude 2.

	Moyenne (Ecart-type)		
	"Non-boulimique" (n = 67)	"À tendance boulimique" (n = 64)	t
Age	20.96 (3.7)	19.60 (2.3)	2.52*
Grandeur (en pieds)	5.54 (0.3)	5.53 (0.2)	0.26
Poids actuel (en livres)	124.45 (13.8)	134.84 (13.7)	4.31**
Indice de masse corporelle	20.36 (1.7)	22.06 (1.9)	5.35***
Poids le plus élevé depuis la dernière année (en livres)	127.24 (14.9)	140.48 (15.6)	4.82***
Poids le plus bas depuis la dernière année (en livres)	120.10 (13.6)	126.45 (13.9)	2.58*
BULIT	43.71 (2.5)	96.67 (13.1)	28.78***
Ecart poids actuel / désiré	5.12	17.23	9.40***
Ecart forme actuelle / désirée	.67	2.58	9.79***
Ecart poids actuel / redouté	17.52	11.78	2.33*
Ecart forme actuelle / redoutée	2.86	1.50	5.41***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Annexe 6

Tableau C
*Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire
 du questionnaire "Taquineries Antérieures"*

	T1	T2	T3	I1	I2	I3
Taquineries 1	1.000					
Taquineries 2	0.347	1.000				
Taquineries 3	0.496	0.408	1.000			
Intériorisation 1	0.321	0.112	0.276	1.000		
Intériorisation 2	0.311	0.173	0.224	0.751	1.000	
Intériorisation 3	0.303	0.176	0.194	0.565	0.604	1.000

Annexe 6 (suite)

Tableau D

Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire du questionnaire "Croyances au sujet de la minceur et de l'obésité"

	M1	M2	M3	M4	O1	O2	O3	O4
Minceur 1	1.000							
Minceur 2	0.454	1.000						
Minceur 3	0.452	0.421	1.000					
Minceur 4	0.418	0.401	0.488	1.000				
Obésité 1	0.248	0.293	0.271	0.302	1.000			
Obésité 2	0.321	0.281	0.306	0.379	0.658	1.000		
Obésité 3	0.225	0.264	0.312	0.475	0.329	0.377	1.000	
Obésité 4	0.274	0.199	0.216	0.406	0.464	0.381	0.437	1.000

Annexe 6 (suite)

Tableau E
 Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire
 du questionnaire "Souci corporel"

	M1	M2	M3	M4	M5	P1	P2	P3
Méconten. 1	1.000							
Méconten. 2	0.389	1.000						
Méconten. 3	0.431	0.423	1.000					
Méconten. 4	0.217	0.453	0.577	1.000				
Méconten. 5	0.261	0.523	0.511	0.548	1.000			
Préoccup. 1	0.419	0.434	0.495	0.353	0.372	1.000		
Préoccup. 2	0.328	0.302	0.250	0.226	0.148	0.325	1.000	
Préoccup. 3	0.428	0.362	0.475	0.302	0.322	0.581	0.329	1.000
Préoccup. 4	0.411	0.438	0.566	0.442	0.438	0.598	0.310	0.618
Préoccup. 5	0.274	0.277	0.321	0.259	0.246	0.475	0.173	0.457
Sent. gros. 1	0.411	0.402	0.306	0.297	0.304	0.400	0.506	0.401
Sent. gros. 2	0.400	0.433	0.423	0.347	0.309	0.459	0.497	0.457
Sent. gros. 3	0.411	0.480	0.559	0.477	0.379	0.584	0.333	0.577
Sent. gros. 4	0.593	0.536	0.530	0.388	0.454	0.549	0.442	0.526
Sent. gros. 5	0.467	0.489	0.467	0.320	0.314	0.436	0.378	0.446
	P4	P5	EG1	EG2	EG3	EG4	EG5	
Préoccup. 4	1.000							
Préoccup. 5	0.474	1.000						
Eva. nég. 1	0.455	0.264	1.000					
Eva. nég. 2	0.500	0.310	0.762	1.000				
Eva. nég. 3	0.628	0.452	0.376	0.454	1.000			
Eva. nég. 4	0.616	0.325	0.615	0.628	0.586	1.000		
Eva. nég. 5	0.431	0.250	0.467	0.509	0.481	0.581	1.000	

Annexe 6 (suite)

Tableau F
Matrice de corrélations utilisée pour l'analyse factorielle confirmatoire
du questionnaire "Bien-être psychologique"

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Estime 1	1.000									
Estime 2	0.787	1.000								
Estime 3	0.363	0.383	1.000							
Estime 4	0.474	0.525	0.418	1.000						
Estime 5	0.311	0.364	0.487	0.286	1.000					
Estime 6	0.398	0.469	0.422	0.414	0.430	1.000				
Estime 7	0.355	0.402	0.433	0.352	0.397	0.695	1.000			
Estime 8	0.262	0.283	0.381	0.219	0.356	0.513	0.492	1.000		
Estime 9	0.235	0.281	0.335	0.273	0.259	0.438	0.321	0.480	1.000	
Estime 10	0.343	0.370	0.446	0.321	0.382	0.494	0.432	0.533	0.706	1.000
Dépression 1	-0.372	-0.414	-0.460	-0.315	-0.385	-0.391	-0.377	-0.229	-0.218	-0.281
Dépression 2	0.275	-0.322	-0.419	-0.238	-0.296	-0.334	-0.301	-0.174	-0.156	-0.231
Dépression 3	-0.291	-0.333	-0.336	-0.275	-0.254	-0.297	-0.295	-0.120	-0.159	-0.190
Dépression 4	-0.197	-0.226	-0.180	-0.167	-0.117	-0.142	-0.197	-0.136	-0.112	-0.167
Satis./vie 1	0.240	0.282	0.388	0.329	0.302	0.484	0.495	0.424	0.370	0.401
Satis./vie 2	0.206	0.286	0.380	0.275	0.330	0.454	0.848	0.467	0.401	0.388
Satis./vie 3	0.226	0.275	0.413	0.249	0.311	0.496	0.533	0.459	0.412	0.452
Satis./vie 4	0.286	0.331	0.325	0.253	0.223	0.427	0.379	0.368	0.370	0.383
Satis./vie 5	0.307	0.301	0.308	0.256	0.211	0.428	0.449	0.383	0.364	0.429

	D1	D2	D3	D4	SV1	SV2	SV3	SV4	SV5
Dépression 1	1.000								
Dépression 2	0.690	1.000							
Dépression 3	0.695	0.664	1.000						
Dépression 4	0.462	0.485	0.466	1.000					
Satis./vie 1	-0.156	-0.140	-0.071	-0.100	1.000				
Satis./vie 2	-0.225	-0.152	-0.116	-0.125	0.771	1.000			
Satis./vie 3	-0.282	-0.197	-0.180	-0.124	0.735	0.731	1.000		
Satis./vie 4	-0.164	-0.112	-0.165	-0.073	0.564	0.592	0.665	1.000	
Satis./vie 5	-0.151	-0.090	-0.089	-0.088	0.546	0.525	0.519	0.564	1.000

Annexe 7

Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables de dépression des groupes "À tendance boulimique" et "Non-boulimique".

<i>Variables latentes/ Variables mesurées</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Etendue</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Symétrie</i>	<i>Kurtose</i>
<i>Groupe "À tendance boulimique"</i>					
Feeling like a failure (4 énoncés)	0.75	0 - 3	0.89	0.94	-0.06
Feeling guilty (4 énoncés)	0.89	0 - 3	0.78	0.61	0.08
Having thoughts of killing myself (4 énoncés)	0.48	0 - 3	0.69	1.40	1.80
Getting easily tired (4 énoncés)	0.87	0 - 3	0.81	0.98	1.05
<i>Groupe "Non-boulimique"</i>					
Feeling like a failure (4 énoncés)	0.12	0 - 3	0.33	2.40	3.80
Feeling guilty (4 énoncés)	0.12	0 - 3	0.41	3.50	9.20
Having thoughts of killing myself (4 énoncés)	0.08	0 - 3	0.27	3.20	9.40
Getting easily tired (4 énoncés)	0.52	0 - 3	0.53	0.22	-1.20

Annexe 8

Tableau G

Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables utilisées dans les analyses factorielles confirmatoires de l'étape 1

<i>Variables latentes/ Variables mesurées</i>	Moyenne	Etendue	Ecart-type	Symétrie	Kurtose
<i>Taquineries Antérieures</i>					
<i>Taquineries</i>					
Teased about being too fat or too skinny	2.64	1 - 6	1.48	0.59	-0.69
Brunt of family jokes	1.79	1 - 6	1.16	1.60	2.01
Kids called you names related to body	1.79	1 - 6	1.16	1.67	2.05
<i>Intériorisation</i>					
Preoccupied with parts of the body	3.34	1 - 6	1.51	0.15	-0.92
Wanted to hide certain parts of the body	2.89	1 - 6	1.55	0.47	-0.80
Ashamed of shape of body	2.64	1 - 6	1.32	0.85	0.18
<i>Croyances</i>					
<i>Croyances au sujet de la minceur</i>					
Thin people are well liked	3.47	1 - 7	1.73	0.14	-1.03
Women who have nice bodies are popular	4.52	1 - 7	1.54	-0.32	-0.49
A thin body is sexually desirable	4.04	1 - 7	1.73	0.00	-0.94
Being thin is extremely important	3.27	1 - 7	1.78	0.35	-0.95
<i>Croyances au sujet de l'obésité</i>					
Fat people don't have any self-control	2.32	1 - 7	1.39	1.05	0.70
Fat people are not well adjusted	2.21	1 - 7	1.36	0.83	0.19
Being fat is really unattractive	3.95	1 - 7	1.80	0.08	-1.07
I don't think highly of fat people	2.13	1 - 7	1.50	1.52	1.80
<i>Souci corporel</i>					
<i>Mécontentement de l'image corporelle</i>					
I think that my stomach is too big	3.88	1 - 6	1.61	-0.17	-1.11
I think that my thighs are too large	3.72	1 - 6	1.67	-0.07	-1.19
I feel satisfied with the shape of my body+	3.69	1 - 6	1.31	-0.35	-0.42
I like the shape of my buttocks+	3.94	1 - 6	1.45	-0.38	-0.66
I think that my hips are just the right size+	3.93	1 - 6	1.50	-0.43	-0.76
<i>Préoccupation pour l'image corporelle</i>					
Felt ashamed of body	3.08	1 - 6	1.24	0.41	-0.36
Self-conscious of shape in company of others	3.56	1 - 6	1.34	0.17	-0.90
Felt bad about shape when seeing reflection	3.13	1 - 6	1.32	0.54	-0.41
Avoided situations where people could see you	2.96	1 - 6	1.45	0.51	-0.61
Felt that shape compared unfavorably	3.66	1 - 6	1.26	0.16	-0.65

+ Pour ces items, la moyenne provient des scores inversés; plus le score est élevé, plus le mécontentement est élevé

Annexe 8 (suite)

Tableau G (suite)

<i>Variables latentes/ Variables mesurées</i>	Moyenne	Etendue	Ecart-type	Symétrie	Kurtose
<i>Souci corporel (suite)</i>					
<i>Sentiment d'être grosse</i>					
Felt happiest about shape when stomach empty	3.68	1 - 6	1.62	-0.02	-1.12
Felt fat from eating high calorie food	3.58	1 - 6	1.48	0.15	-0.92
Felt fat after eating a large meal	3.77	1 - 6	1.44	0.08	-0.93
Worried about shape/felt you ought to diet	3.42	1 - 6	1.59	0.18	-1.04
Worried about shape/felt you ought to exercise	4.30	1 - 6	1.37	-0.41	-0.67
<i>Bien-être psychologique</i>					
<i>Tendance dépressive</i>					
Feeling like a failure (4 énoncés)	0.33	0 - 3	0.63	1.90	2.48
Feeling guilty (4 énoncés)	0.34	0 - 3	0.59	1.76	2.90
Having thoughts of killing myself (4 énoncés)	0.22	0 - 3	0.47	3.10	2.70
Getting easily tired (4 énoncés)	0.72	0 - 3	0.68	1.11	2.10
<i>Estime de soi</i>					
I feel that I'm a person of worth	3.49	1 - 4	0.67	-0.98	2.01
I feel that I have a number of good qualities	3.53	1 - 4	0.61	-1.00	1.63
I am inclined to feel that I am a failure++	3.52	1 - 4	0.66	-1.34	1.64
I am able to do things as well as other people	3.38	1 - 4	0.66	-0.72	0.52
I feel I do not have much to be proud of++	3.41	1 - 4	0.77	-1.30	1.37
I take a positive attitude toward myself	2.98	1 - 4	0.77	0.03	2.22
On the whole, I am satisfied with myself	2.96	1 - 4	0.75	-0.36	-0.14
I wish I could have more respect for myself++	2.81	1 - 4	0.96	-0.32	-0.87
I certainly feel useless at times++	2.65	1 - 4	0.90	0.02	-0.75
At times I think I am no good at all++	2.88	1 - 4	0.99	-0.37	-0.92
<i>Satisfaction de vie</i>					
In most ways my life is close to my ideal	4.46	1 - 7	1.66	-0.46	-0.99
The conditions of my life are excellent	4.54	1 - 7	1.71	-0.55	-0.74
I am satisfied with my life	4.88	1 - 7	1.67	-0.84	-0.31
I have gotten the important things I want	4.90	1 - 7	1.70	-0.77	-0.59
If I could live my life over, I would change almost nothing	4.20	1 - 7	1.88	-0.3	-1.13

++ Pour ces items, la moyenne provient des scores inversés; plus le score est élevé, plus l'estime de soi est élevée

Annexe 9

Tableau H
Matrice de variances-covariances utilisée pour les modèles de mesures et les modèles structureaux

	Taquineries	Intériorisation	Croy./minceur	Croy./obésité	Sepd	Sefd	Sepr	Sefr
Taquineries	1.058							
Intériorisation	0.588	1.647						
Croy./minceur	0.156	0.301	1.698					
Croy./obésité	0.139	0.326	0.792	1.359				
Sepd	0.113	0.303	0.229	0.155	0.557			
Sefd	0.172	0.428	0.397	0.310	0.522	0.731		
Sepr	0.184	0.389	0.389	0.290	0.387	0.513	1.092	
Sefr	0.139	0.381	0.493	0.460	0.407	0.550	0.603	0.913
Mécontent.	0.193	0.530	0.283	0.231	0.513	0.701	0.484	0.600
Préoccup.	0.266	0.684	0.428	0.370	0.455	0.621	0.490	0.595
Sent. grosse	0.236	0.599	0.528	0.462	0.548	0.713	0.572	0.706
BULIT	0.107	0.229	0.285	0.240	0.250	0.312	0.302	0.316
Estime de soi	-0.281	-0.537	-0.411	-0.355	-0.231	-0.459	-0.431	-0.488
Sati. de vie	-0.095	-0.187	-0.154	-0.104	-0.118	-0.191	-0.183	-0.187
Tend. dépress.	0.066	0.156	0.163	0.139	0.104	0.152	0.171	0.172

	Mécontent.	Préoccup.	Sent. grosse	BULIT	Estime de soi	Sati. de vie	Tend. dépress.
Mécontent.	1.388						
Préoccup.	0.775	1.104					
Eva. nég.	0.813	0.804	1.422				
BULIT	0.305	0.324	0.434	0.291			
Estime de soi	-0.617	-0.658	-0.556	-0.302	2.110	0.282	
Sati. de vie	-0.262	-0.280	-0.221	-0.125	0.519	-0.125	
Tend. dépress.	0.156	0.195	0.173	0.116	-0.307	0.165	

Annexe 10

Tableau I
 Sommaire des caractéristiques statistiques pour chacune des variables utilisées dans
 les modèles de mesures et les modèles structuraux des étapes 2 et 3

<i>Variables latentes/ Variables mesurées</i>	Moyenne	Nombre d'items	Ecart-type	Symétrie	Kurtose
<i>Taquineries Antérieures</i>					
Taquineries	2.07	3	1.03	1.15	1.30
Intériorisation	2.99	3	1.28	0.53	-0.49
<i>Croyances</i>					
Au sujet de la minceur	3.82	4	1.30	0.14	-0.63
Au sujet de l'obésité	2.66	4	1.17	0.79	0.36
<i>Saillance des écarts entre les schèmes corporels actuel et désirés</i>					
Poids corporel+	1.40	1	0.74	0.42	-0.48
Forme corporelle+	2.01	1	0.86	0.67	-0.12
<i>Saillance des écarts entre les schèmes corporels actuel et redoutés</i>					
Poids corporel+	1.50	1	1.04	0.48	1.51
Forme corporelle+	2.73	1	0.95	0.88	1.24
<i>Souci corporel</i>					
Mécontentement de l'image corporelle	3.82	5	1.17	-0.27	-0.38
Préoccupation pour l'image corporelle	3.28	5	1.05	0.49	-0.23
Sentiment d'être grosse	3.75	5	1.19	-0.01	-0.77
<i>Comportement boulimique</i>					
Bulimia Test (BULIT)	1.86	34	1.43	-0.59	-0.54
<i>Santé mentale</i>					
Tendance dépressive	0.34	4	0.41	1.44	2.11
Estime de soi	3.16	10	0.53	-0.33	-5.90
Satisfaction de vie	4.60	5	1.43	-0.59	-0.54

+ Pour ces mesures, les moyennes originales ont été transformées afin de pallier au problème de plato-kurtose.
 La racine carrée a été calculée pour chacune des quatre mesures

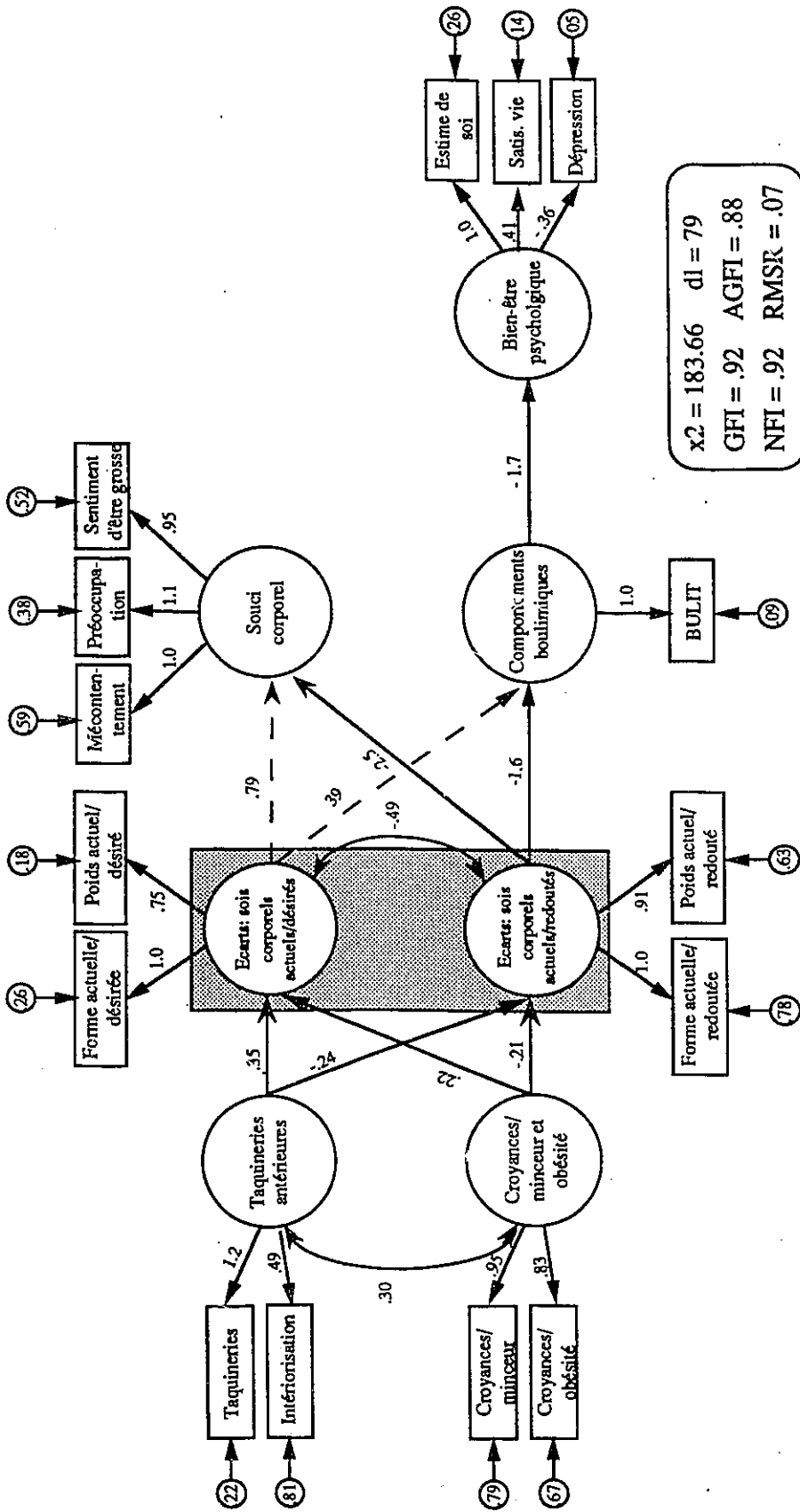


Figure A. Modèle structural représentant le modèle conceptuel proposé où les scores de Saillances des écarts ont été remplacés par les scores d'Écarts seulement (afin de vérifier le modèle en excluant la contribution des scores de véhémence et des équations..)

Note: Les flèches pointillées représentent des relations non-significatives (N.S.)

Annexe 12

Tableau J

Sommaire des résultats obtenus pour les corrélations partielles effectuées dans le cadre de la discussion

Mesures	Corrélé avec:	En tenant compte de:
1. Croyances socio-culturelles	BULIT .45	Taquineries antérieures .41
2. Saillances des écarts	BULIT	Souci corporel
- entre le poids actuel et désiré	.63	.36
- entre la forme actuelle et désirée	.66	.34
- entre le poids actuel et redouté	.44	.28
- entre la forme actuelle et redoutée	.59	.33
3. Saillances des écarts	Souci corporel	Indice de masse corporelle
- entre le poids actuel et désiré	.65	.59
- entre la forme actuelle et désirée	.77	.73
- entre le poids actuel et redouté	.41	.36
- entre la forme actuelle et redoutée	.63	.63

Note: Toutes les corrélations rapportées sont significatives à $p = .001$.