

Quelle est la relation perçue par les participants entre les habitudes alimentaires de leurs parents et le développement de leur orthorexie ?

Auteur : Dobbelaere, Nora

Promoteur(s) : Etienne, Anne-Marie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24820>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège
Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Quelle est la relation perçue par les participants entre les habitudes alimentaires de leurs parents et le développement de leur orthorexie ?

Promotrice : **Anne-Marie ETIENNE**

Superviseuse : **Yasemin AYHAN**

Lectrices : **Esin ER** et **Maria Elena BRIANDA**

Mémoire présenté par **Nora DOBBELAERE**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques, à
finalité spécialisée en Psychologie Clinique

Année académique 2024 – 2025

Déclaration

Au cours de la préparation de ce travail de fin d'étude, l'auteur à utilisé ChatGPT, un assistant d'écriture piloté par l'IA.

Raison : ChatGPT a été sollicité pour généré des idées initiales liées au sujet de recherche qui, dans certains cas, on servi de point de départ pour approfondir ces recherches.

Après avoir utilisé ChatGPT, l'auteur a réécrit avec diligence le contenu produit par l'outil. J'assume l'entière responsabilité du contenu final présenté dans ce mémoire.

En signant cette déclaration, j'affirme que le contenu de ce mémoire reflète mon travail original, augmenté par l'utilisation responsable de l'IA.

Signé par Nora DOBBELAERE, le 14/08/2025

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	2
CHAPITRE 1 : L'ORTHOREXIE NERVEUSE	2
1. DÉFINITION : UN CONTINUUM	2
1.1 Évolution du concept et éléments caractéristiques	2
1.2 Orthorexie saine et orthorexie nerveuse	4
2. SPÉCIFICITÉS DE L'ORTHOREXIE NERVEUSE PAR RAPPORT À D'AUTRES TROUBLES	5
2.1 Comparaison avec TCA et TOC	5
3. PRÉVALENCE	8
4. CONSÉQUENCES	9
4.1 Conséquences sociales	9
4.2 Conséquences émotionnelles	9
4.3 Conséquences médicales	10
5. FACTEURS DE RISQUE	10
5.1 Vulnérabilités émotionnelles et cognitives	10
5.2 Facteurs de risque socio-culturels	11
6. CONCLUSION CHAPITRE 1 :	11
CHAPITRE 2 : INFLUENCES FAMILIALES SUR LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES	12
1. CONTEXTE ET FONDEMENTS DES HABITUDES ALIMENTAIRES	12
1.1 Contexte alimentaire familial en Belgique	12
1.2 Origine biologique et scripts alimentaires	13
1.3 Evolution dans le cycle de vie	15
2. LES INFLUENCES FAMILIALES	15
2.1 Le rôle parental dans l'apprentissage alimentaire de l'enfant	15
2.2 L'impact de la perception parentale du corps sur les comportements alimentaires	17
3. LECTURE SYSTÉMIQUE DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ET TCA	18
3.1 L'influence du système familial	18
3.2 L'évolution de l'influence parentale	19
3.3 L'impact des TCA sur la fratrie	20
4. CHAPITRE 2 : CONCLUSION	21
CHAPITRE 3 : LIEN ENTRE L'ORTHOREXIE NERVEUSE ET HABITUDES ALIMENTAIRES PARENTALES	22
PARTIE EMPIRIQUE	23
1. OBJECTIF ET QUESTION DE RECHERCHE	23
2. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	23
2.1 Type de recherche	23
2.2 Population de recherche	24
2.3 Récolte des données	25
2.4 Méthode d'analyse des entretiens	26
3. RÉSULTATS	28
CHAPITRE 1 : ANALYSES DES DONNÉES QUANTITATIVES	28
1. DONNÉES DESCRIPTIVES	28
CHAPITRE 2 : ANALYSES DES DONNÉES QUALITATIVES	30
1. ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS	31
1.1 Thème 1 : Manger pour performer	32
1.2 Thème 2 : L'ambivalence émotionnelle face à l'alimentation	36

1.3	<i>Thème 3 : Manger sous le regard des autres</i>	41
1.4	<i>Thème 4 : Transmission familiale autour de l'alimentation</i>	44
1.5	<i>Conclusion transversale</i>	47
DISCUSSION		48
1.	QUESTION DE RECHERCHE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	48
2.	FORCES ET LIMITES	52
2.1	<i>Forces</i>	52
2.2	<i>Limites</i>	52
3.	PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET PISTES CLINIQUES	54
CONCLUSION		56
BIBLIOGRAPHIE		57
ANNEXES		67

Remerciements

L'aboutissement de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'accompagnement et le soutien de nombreuses personnes que je tiens à remercier.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma promotrice, Madame Anne-Marie Etienne, pour sa confiance et son regard attentif tout au long de ce travail. Je remercie chaleureusement Yasemin Ayhan pour ses conseils et ses retours constructifs, qui m'ont aidée à progresser tout au long de la rédaction.

Je remercie également Madame Esin Er pour son accompagnement sur une partie importante de la méthodologie, sa disponibilité, sa bienveillance et ses conseils précieux, qui ont été d'un grand soutien tout au long de ce mémoire.

J'adresse aussi mes remerciements sincères à Madame Maria Elena Brianda pour l'attention portée à ce travail, le temps consacré à sa lecture, ainsi que pour m'avoir transmis sa passion pour la psychologie systémique, grâce à laquelle j'ai développé un véritable intérêt pour cette approche au cours de ces deux dernières années.

Mes pensées vont également à toutes les personnes ayant accepté de participer à cette étude : leur confiance et leurs récits ont donné vie à cette recherche.

Je souhaite aussi remercier mes parents pour leur soutien indéfectible, ainsi que mon compagnon, dont la présence et les encouragements m'ont portée dans les moments de doute. À mes amis rencontrés au fil de mes études, merci d'avoir rendu ces années inoubliables. Une attention particulière à Inès, Elisa, Clotilde et Alicia : les réunions à leurs côtés et nos réflexions autour de l'orthorexie nerveuse ont été d'un soutien précieux.

Enfin, en hommage à Pinky, mon chien d'enfance, qui nous a quittés en début d'année. Merci d'avoir toujours été là, allongé à mes pieds comme un collègue silencieux pendant toutes ces heures de travail. Ton absence a rendu les premières semaines de ce mémoire plus difficiles, mais ton souvenir m'a accompagnée jusqu'au bout.

Introduction

Dans un contexte où l'alimentation saine occupe une place centrale et où les injonctions nutritionnelles se multiplient, un trouble alimentaire encore méconnu attire l'attention : il s'agit de l'orthorexie nerveuse (Dajon et al., 2020), phénomène qui, contrairement à l'anorexie mentale ou à la boulimie, reste peu documenté, bien que ses conséquences physiques et psychologiques suscitent un intérêt croissant. Certaines personnes, dans leur quête de « manger sain », développent un rapport excessif et rigide à la nourriture.

À ce jour, aucune estimation stable de sa prévalence ne fait consensus. Les données oscillent entre 0,3 % et 90 % (McComb et Mills, 2019), les écarts étant attribués aux différences méthodologiques et aux outils de mesure. Ce flou souligne la nécessité d'approfondir la compréhension du trouble et d'explorer les facteurs pouvant participer à son émergence.

Ce mémoire s'inscrit dans cette perspective en explorant un angle encore inédit : le lien potentiel entre orthorexie nerveuse et pratiques alimentaires parentales perçues. Si certaines études abordent l'influence familiale sur les comportements alimentaires, peu ont exploré, à ce jour, ce lien spécifiquement en lien avec l'orthorexie nerveuse. Nous avons, en conséquence, souhaité comprendre si et comment les habitudes alimentaires vécues dans l'enfance peuvent influencer un rapport orthorexique à l'âge adulte.

Pour répondre à cette question, nous avons adopté une démarche en deux temps : une première phase quantitative, via la Düsseldorf Orthorexia Scale, pour identifier les adultes présentant une tendance orthorexique potentielle, suivie d'une phase qualitative exploratoire, fondée sur des entretiens semi-structurés et une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006). Cette combinaison visait à donner voix aux expériences des participants et à situer la place des pratiques parentales parmi les facteurs évoqués.

Ce mémoire débute par une revue de la littérature sur l'orthorexie nerveuse et les influences familiales, avant de présenter la méthodologie adoptée, puis les résultats quantitatifs et qualitatifs. Il se clôture par une discussion incluant l'interprétation des résultats, une réflexion critique et des pistes de recherche.

Partie théorique

Chapitre 1 : L'orthorexie nerveuse

Ce premier chapitre s'intéresse à l'orthorexie nerveuse (ON), un trouble alimentaire émergent défini par une quête obsessionnelle d'une alimentation jugée saine. Le concept, proposé par Bratman en 1997, désigne des comportements alimentaires rigides associés à une focalisation excessive sur la qualité des aliments. L'ON peut entraîner des conséquences physiques, psychologiques et sociales notables (dénutrition, isolement, souffrance mentale) et bien qu'elle ne soit pas encore reconnue dans les classifications diagnostiques officielles, ses manifestations cliniques présentent des similitudes avec plusieurs troubles déjà décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Ce chapitre a précisément pour objectif de présenter les principales définitions, caractéristiques cliniques et pistes actuelles de réflexion autour de ce phénomène, afin d'en poser les bases théoriques nécessaires à la suite de ce mémoire.

1. Définition : un continuum

L'orthorexie nerveuse, du grec *orthos* (« juste ») et *orexis* (« appétit »), a été décrite pour la première fois en 1997 par le médecin américain Steven Bratman. Elle désigne une obsession croissante et pathologique pour la consommation d'aliments perçus comme sains, accompagnée d'une préoccupation excessive concernant leurs propriétés (Bratman, 2000). Initialement introduit sur un ton humoristique, le terme « orthorexie » reflétait l'observation de patients excessivement focalisés sur la qualité de leur alimentation. Bratman constata toutefois que cette quête de pureté alimentaire pouvait évoluer vers une véritable souffrance psychique, justifiant sa reconnaissance comme forme émergente de trouble du comportement alimentaire (Depa et al., 2017).

1.1 Évolution du concept et éléments caractéristiques

En 2001, Adriane Fugh-Berman publie dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) une critique du livre de Steven Bratman. Elle y invite la communauté scientifique à réfléchir à la notion d'orthorexie, sans toutefois la qualifier d'emblée de trouble psychopathologique. En 2004, une première étude validée scientifiquement est menée en Italie. Elle définit l'orthorexie comme une obsession extrême pour l'alimentation saine, contribuant ainsi à légitimer son intérêt dans le champ médical (Donini et al., 2004). Malgré l'essor des recherches, aucune définition consensuelle de l'orthorexie n'a, cependant, été établie à ce jour

(Cena et al., 2018). Même si les revues annuelles récentes témoignent d'un effort croissant pour en préciser les contours cliniques.

Une revue de la littérature conduite par Cena et ses collaborateurs (2018), portant sur 141 études, souligne la diversité des définitions et critères diagnostiques utilisés. En dépit de cette hétérogénéité, plusieurs notions-clés émergent régulièrement : obsession, fixation, souci, et préoccupation à l'égard de la qualité des aliments.

- « L'obsession renvoie à des pensées répétitives et envahissantes. »
- « La fixation décrit des comportements rigides centrés sur le contrôle alimentaire. »
- « Le souci reflète un état d'alerte teinté d'incertitude et d'anxiété. »
- « La préoccupation traduit une attention disproportionnée et persistante pour l'alimentation. »

Quatre caractéristiques principales de l'ON ont ainsi été identifiées (Cena et al., 2018) :

- La nature des aliments : perçus comme sains, purs, biologiques ou dénués d'additifs.
- La représentation des aliments dangereux : certains produits sont considérés comme toxiques ou impurs, selon leur origine ou leur mode de transformation.
- Les habitudes alimentaires : les régimes sont strictement contrôlés, sélectifs, souvent ritualisés, accompagnés d'évitements rigides.
- Les conséquences sur la santé : des carences nutritionnelles, un amaigrissement, et un isolement social peuvent survenir du fait de la rigidité des comportements.

Les dimensions évoquées ci-dessus se retrouvent, au moins en partie, dans les critères diagnostiques initiaux de Dunn et Bratman (2016). Ces derniers ont fait l'objet d'une traduction libre par Dajon et al. (2020), version sur laquelle s'appuient Hanras et al. (2022) dans leur revue critique. En raison de sa diffusion récente dans la littérature francophone, nous reprenons également cette adaptation (cf. Tableau 1).

Critère A : La préoccupation obsessionnelle de la nourriture saine, telle que définie par un ensemble de croyances propres au patient, est marquée par une détresse émotionnelle en lien avec des choix alimentaires perçus comme mauvais pour la santé ; une perte de poids peut résulter de ces choix alimentaires mais n'est pas le but principal

1. Comportement compulsif et/ou préoccupations mentales concernant des pratiques alimentaires restrictives considérées par l'individu comme promouvant une santé optimale
2. La violation des règles alimentaires auto-imposées provoque une peur exagérée de maladie, un sentiment d'impureté personnelle et/ou des sensations physiques négatives, accompagné d'anxiété et de honte
3. Les restrictions alimentaires s'intensifient avec le temps et peuvent inclure l'élimination de groupes d'aliments entiers et impliquent progressivement plus de « nettoyages » fréquents et/ou sévères (jeûnes partiels) considérés comme purifiants ou détoxifiants. Cette escalade conduit généralement à une perte de poids, mais le désir de perdre du poids est absent, caché ou subordonné à idéation sur une alimentation saine

Critère B : Une altération clinique est présente et peut se manifester soit par :

1. Une malnutrition, une perte de poids importante ou d'autres complications médicales
2. Une détresse et une altération des capacités sociales, académiques ou professionnelles conséquentes aux croyances et aux comportements concernant la nourriture saine
3. Une image corporelle et une estime de soi positive ainsi que la satisfaction excessive d'être en accord avec sa définition d'une alimentation saine

Tableau 1 : Critères diagnostiques pour l'orthorexie nerveuse traduits par Dajon et al. (2020)

On peut considérer que l'ON se caractérise par une préoccupation excessive pour la qualité des aliments dès lors que les personnes concernées investissent une grande part de leur énergie mentale et de leur temps dans la planification, la sélection et la préparation des repas, avec, in fine, un impact significatif sur leur qualité de vie (McComb et Mills, 2019).

1.2 Orthorexie saine et orthorexie nerveuse

La littérature distingue deux formes d'orthorexie : l'une *saine*, marquée par un intérêt modéré pour une alimentation équilibrée, et l'autre *pathologique*, l'orthorexie nerveuse, caractérisée par une obsession rigide pour la qualité perçue des aliments (Barthels et al., 2019 ; Cena et al., 2018).

La première reflète un intérêt marqué pour une alimentation équilibrée, perçue comme bénéfique reposant sur une démarche volontaire, non rigide et ne causant aucun préjudice ni à la santé mentale ni au fonctionnement social. Ce comportement est souvent associé à un bien-être subjectif, une image de soi positive, et une qualité de vie préservée (Barthels et al., 2019). En revanche, la seconde correspond à une forme pathologique de ce comportement, dont les caractéristiques cliniques, déjà décrites précédemment, incluent une rigidité alimentaire, une

obsession pour la pureté perçue des aliments avec un retentissement psychologique et social significatif (Cena et al., 2018 ; Varga et al., 2013).

Bien que cette distinction soit aujourd'hui largement admise, la frontière entre comportements sains et comportements obsessionnels demeure parfois difficile à tracer (McComb et Mills, 2019).

2. Spécificités de l'orthorexie nerveuse par rapport à d'autres troubles

L'ON partage, tout en conservant des spécificités cliniques, plusieurs caractéristiques symptomatiques avec des troubles reconnus, notamment les troubles du comportement alimentaire (TCA) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), tout en conservant des spécificités cliniques. Bien que fréquemment observée, elle ne figure, néanmoins, pas encore dans les classifications officielles comme le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ou la CIM-11, en raison du manque de consensus et de données empiriques robustes (Gortat et al., 2021).

2.1 Comparaison avec TCA et TOC

Les TCA se caractérisent par des perturbations durables des conduites alimentaires, souvent liées à l'image corporelle et à une inquiétude marquée pour le poids (Dajon, 2023). Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) reconnaît principalement trois TCA chez l'adolescent et l'adulte : l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN), et le trouble de l'hyperphagie boulimique (American Psychiatric Association, 2013).

Bien que l'ON ne soit pas officiellement classée comme TCA, de nombreux auteurs la considèrent déjà comme une forme émergente du spectre des troubles alimentaires (Bratman in Depa et al., 2017). Elle partage, en effet, avec les TCA plusieurs mécanismes : contrôle alimentaire rigide, perfectionnisme, comportements ritualisés et évitement de certains aliments (Costa et al., 2017 ; McComb et Mills, 2019).

Une distinction importante s'impose néanmoins : alors que les TCA traditionnels s'articulent souvent autour d'une obsession pour la quantité de nourriture ou la minceur, l'ON se caractérise par une fixation exclusive sur la qualité perçue des aliments, sans objectif amaigrissant explicite (Costa et al., 2017).

Par ailleurs, contrairement aux autres TCA, la littérature scientifique n'identifie pas d'âge spécifique comme facteur de vulnérabilité à l'ON, ce qui suggère une distribution plus hétérogène selon les tranches d'âge et un public plus disparate en termes de genre (McComb et Mills, 2019).

Enfin, certains auteurs suggèrent que l'ON pourrait précéder ou succéder à un TCA reconnu, ou en constituer une réorganisation symptomatique (Dajon et Sudres, 2022). Cette proximité soulève la question de son intégration future dans les classifications diagnostiques.

Anorexie mentale

Une attention particulière a été portée dans la littérature sur les similitudes entre l'ON et l'AM, tant leurs manifestations peuvent parfois se confondre (Goutaudier et Rousseau, 2019). Les deux troubles partagent un fort besoin de contrôle, des comportements de restriction rigides, une culpabilité en cas d'écart, ainsi qu'un sentiment de supériorité associé au régime alimentaire adopté (cf. Figure 1).

Toutefois, leur motivation centrale les distingue nettement : l'AM repose sur la peur de prendre du poids et une obsession pour la minceur, tandis que l'ON se fonde sur une quête de pureté et de santé à travers l'alimentation, sans objectif pondéral explicite (Dunn et Bratman, 2016). Certains chercheurs évoquent d'ailleurs la possibilité que l'ON constitue, chez certains sujets, une transformation contemporaine de l'AM ou une réorganisation symptomatique post-TCA (Dajon et Sudres, 2022).



Figure 1. Schéma des chevauchements de symptômes entre l'orthorexie nerveuse et l'anorexie mentale.

Reproduit et traduit à partir de Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015).

The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 385–394

Boulimie nerveuse et accès hyperphagiques

L'ON présente également des similitudes avec la BN et les accès hyperphagiques. On y retrouve notamment une forte préoccupation pour l'alimentation, un besoin de contrôle, et parfois des comportements compensatoires ou purgatifs (Costa et al., 2017).

Cependant, comme pour l'AM, ces troubles se distinguent par leurs motivations sous-jacentes : la BN est souvent associée à une insatisfaction corporelle et à la peur de prendre du poids, tandis que l'ON repose sur une recherche rigide de santé et de pureté, indépendamment de toute volonté amaigrissante (Moroze et al., 2015).

Trouble obsessionnel-compulsif

Plusieurs auteurs ont souligné les similitudes entre l'ON et le TOC, notamment en termes de rigidité comportementale, de perfectionnisme, et de recherche de pureté (Goutaudier et Rousseau, 2019 ; Koven et Senbonmatsu, 2013). Dans les deux cas, bien que leur contenu diffère, on retrouve des obsessions (pensées intrusives et récurrentes) et des compulsions (rituels visant à réduire l'anxiété), bien que leur contenu diffère.

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), les obsessions sont des pensées, images ou impulsions intrusives et récurrentes, générant une détresse significative, et les compulsions sont des comportements répétitifs visant à apaiser cette détresse. Chez les personnes atteintes d'ON, ces mécanismes prennent la forme de préoccupations excessives autour de l'alimentation saine, accompagnées de rituels stricts liés à la préparation ou à l'évitement de certains aliments (Koven et Senbonmatsu, 2013 ; Goutaudier et Rousseau, 2019).

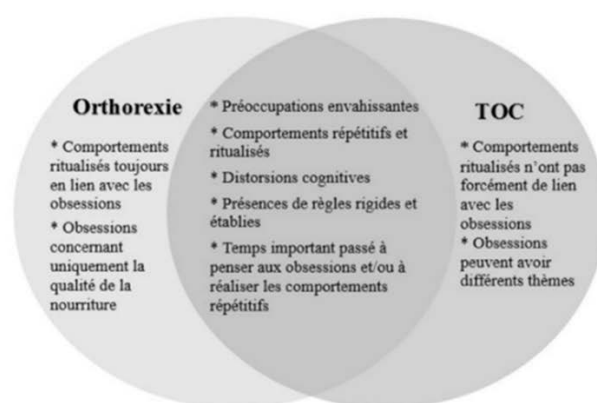


Figure 2. Schéma des chevauchements de symptômes entre l'orthorexie nerveuse et le TOC.

Reproduit à partir de Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015).

The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 385–394, p. 390

Ces éléments suggèrent l'existence de mécanismes communs entre les deux troubles, bien que s'exprimant dans des sphères différentes, l'anxiété étant liée à la contamination ou à l'ordre dans le TOC, et à la pureté alimentaire dans l'ON (cf. Figure 2) (Koven et Abry, 2015).

La figure ci-dessous illustre visuellement les similitudes et les spécificités symptomatiques de l'ON, de l'AM et du TOC, en mettant en évidence leurs zones de chevauchement clinique :



Figure 3. Diagramme illustrant les caractéristiques distinctes et partagées de l'orthorexie nerveuse, de l'anorexie mentale et du trouble obsessionnel-compulsif, Reproduit et adapté à partir de « *The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives* », par Koven, N. S. et Abry, A. W., 2015, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, p. 388

3. Prévalence

À ce jour, aucun consensus n'existe sur la prévalence exacte de l'ON, avec des estimations très variables allant de 0,3 % à 90 %, selon les populations et les outils utilisés (McComb et Mills, 2019). Les taux les plus bas sont rapportés dans la population générale, tandis que des prévalences nettement plus élevées ont été observées dans certains groupes à risque : 30 % chez les athlètes, 43,6 % chez les internes en médecine, 56,4 % chez les artistes de performance, et jusqu'à 88,7 % chez les étudiants en nutrition (Goutaudier et Rousseau, 2019). Ces écarts s'expliquent en partie par la diversité des instruments utilisés pour dépister l'orthorexie. Parmi 23 études examinées, cinq utilisaient le Bratman Orthorexia Test (BOT), un questionnaire

précurseur élaboré par Bratman et Knight (2000), tandis que 18 autres s'appuyaient sur des versions du questionnaire ORTO, un outil auto-administré largement diffusé (Missbach et al., 2016), dont les versions varient de 9 à 15 items. Cette hétérogénéité dans les outils et leur conception complique de manière évidente, la fiabilité de l'estimation de la prévalence de l'ON.

4. Conséquences

Malgré son apparente visée de bien-être, l'ON peut entraîner des répercussions importantes, tant physiques que psychologiques et sociales. Comme l'a souligné Bratman (2000) dans *Health Food Junkies*, une démarche initialement tournée vers la santé peut devenir néfaste dès lors qu'elle devient déséquilibrée. Cependant, ces conséquences varient en fonction de l'intensité du trouble, de ses origines et des caractéristiques individuelles (Dunn et Bratman, 2016). Une étude qualitative menée par Dajon et Sudres (2022), à partir de témoignages de personnes concernées, met en lumière la complexité de ce trouble. Les résultats soulignent que l'ON dépasse le simple contrôle alimentaire, s'inscrivant dans une dynamique plus large, influencée par la pression des normes sociales et médiatiques. L'étude révèle également des impacts majeurs sur la vie sociale, conjugale, familiale, et un lien fréquent avec une pratique physique excessive. Tandis que les répercussions nutritionnelles (carences, sous-poids) et le repli social apparaissent aussi parmi les manifestations les plus marquantes. Paradoxalement, le comportement orthorexique s'accompagne souvent d'un déni, car il est vécu par la personne comme moralement valorisé et sain (Bratman et Knight, 2000).

4.1 Conséquences sociales

L'ON altère fréquemment la qualité de vie et les relations sociales (Koven et Abry, 2015). En effet, l'isolement social est courant en raison de l'évitement des repas partagés, perçus comme incompatibles avec les exigences alimentaires personnelles (Varga et al., 2013). Le besoin de contrôle de l'environnement alimentaire pousse souvent à éviter les situations sociales non maîtrisées (McComb et Mills, 2019 ; Costa et al., 2019). Un sentiment de supériorité morale peut également émerger vis-à-vis des personnes ne partageant pas les mêmes normes nutritionnelles, renforçant la distanciation avec l'entourage au point de créer des tensions relationnelles (Koven et Abry, 2015 ; McComb et Mills, 2019).

4.2 Conséquences émotionnelles

Au-delà des points communs avec les TCA ou le TOC, l'ON présente des manifestations émotionnelles spécifiques. Le non-respect des règles alimentaires auto-imposées entraîne

souvent culpabilité, frustration, voire un sentiment de souillure et cette détresse peut amener la personne à renforcer ses restrictions ou à recourir à des comportements compensatoires tels que le jeûne, perçu comme purificateur (McComb et Mills, 2019). L'obsession pour une alimentation saine devient, pour beaucoup, une condition indispensable au bien-être et à l'estime de soi (Bratman et Knight, 2000).

4.3 Conséquences médicales

Les effets médicaux de l'ON peuvent, néanmoins, être graves. Les plus fréquents sont la malnutrition, les carences nutritionnelles, et parfois une perte de poids excessive (Dajon et Sudres, 2022). Bien que motivée par une volonté de santé, une mauvaise compréhension des besoins nutritionnels peut conduire à l'éviction de groupes alimentaires essentiels, exposant la personne à des déséquilibres physiologiques (Koven et Abry, 2015). Dans les cas extrêmes, cela peut entraîner des atteintes somatiques sévères, voire mettre en danger la vie de la personne (Bratman, 2016).

5. Facteurs de risque

Contrairement aux TCA reconnus, l'étiologie de l'ON reste mal définie, faute de consensus scientifique clair (McComb et Mills, 2019), bien que certaines vulnérabilités individuelles aient été identifiées. Les recherches se concentrent principalement sur les jeunes adultes (20–30 ans), en raison du fait que les données concernant les mineurs et les personnes plus âgées sont limitées (McComb et Mills, 2019). Le genre semble, pourtant, jouer un rôle différencié puisque si l'ON touche les deux sexes, les motivations varient. Chez les hommes, le souci d'allier minceur et musculature constitue un facteur prédictif, tandis que chez les femmes, la recherche de minceur reste prédominante (McComb et Mills, 2019). D'autres facteurs, comme un niveau d'éducation élevé ou un statut socio-économique favorable, peuvent aussi favoriser le développement de comportements orthorexiques, en facilitant l'accès à des aliments dits « sains » et à des sources d'information nutritionnelle (McComb et Mills, 2019).

5.1 Vulnérabilités émotionnelles et cognitives

Certaines personnes présentent une vulnérabilité accrue au développement de l'ON en raison de facteurs psychologiques et cognitifs spécifiques. Gerges et ses associés (2023) ont mis en évidence une association significative entre des processus métacognitifs dysfonctionnels et des symptômes orthorexiques. Les difficultés de régulation émotionnelle, notamment la tendance à réprimer l'expression des émotions, aggraveraient les comportements obsessionnels centrés sur l'alimentation. En outre, des croyances rigides, comme l'idée qu'il faut garder un contrôle total

sur ses pensées ou qu'il est légitime de s'inquiéter excessivement pour sa santé, participent au renforcement des conduites orthorexiques. Ces éléments traduisent un fonctionnement psychologique marqué par une rigidité cognitive et comportementale, et un besoin de contrôle élevé, bien au-delà d'une simple volonté de « bien manger ».

5.2 Facteurs de risque socio-culturels

Les facteurs socio-culturels jouent également un rôle central dans l'émergence de l'ON. Nicolosi (2006) évoque une « société orthorexique » marquée par une anxiété alimentaire croissante, liée à la perte des repères nutritionnels traditionnels, à l'individualisation des choix alimentaires, et à une responsabilisation accrue de chacun face à sa santé. Dans ce contexte, l'étude de Rangel et al. (2012) montre que de nombreuses femmes ressentent à la fois une forte pression à faire des choix sains et une confusion face à l'abondance d'informations nutritionnelles contradictoires de telle sorte que cette surcharge informationnelle peut nourrir une quête de contrôle excessif sur l'alimentation, caractéristique des profils orthorexiques.

6. Conclusion chapitre 1 :

L'orthorexie nerveuse, en tant que trouble émergent, reflète les paradoxes contemporains d'une société valorisant la santé à travers l'alimentation, au risque de favoriser des comportements obsessionnels. Cette quête de pureté alimentaire, bien qu'acceptée socialement, peut générer une souffrance psychique et altérer significativement la qualité de vie. Ce chapitre a proposé une synthèse des connaissances théoriques sur l'ON, en abordant ses définitions, caractéristiques cliniques, facteurs de risque, et les enjeux liés à son évaluation diagnostique. Il a également souligné l'absence de consensus quant à son statut nosographique.

Chapitre 2 : Influences familiales sur les comportements alimentaires

Les habitudes alimentaires ne relèvent pas uniquement de préférences individuelles : elles se construisent dès l'enfance, au sein du cadre familial. Ce chapitre explore les multiples facteurs biologiques, sociaux et relationnels qui façonnent notre rapport à l'alimentation, mettant en lumière le rôle central des parents, de la structure familiale et des dynamiques intrafamiliales, tout en mobilisant une lecture systémique pour comprendre comment ces influences peuvent se transmettre ou se transformer au fil du temps.

1. Contexte et fondements des habitudes alimentaires

Dès le plus jeune âge, les individus acquièrent des habitudes alimentaires, entendues comme des comportements répétitifs liés au choix, à la préparation et à la consommation des aliments, ainsi qu'au rythme des repas (Kabir et al., 2018). Selon l'Office québécois de la langue française (2025), « Ces choix récurrents que fait une personne (ou un ensemble de personnes) quant aux aliments qu'elle consomme, à la fréquence de leur consommation et à la quantité absorbée chaque fois ». Il poursuit que « les habitudes alimentaires sont fondées sur des facteurs sensoriels (goût, texture, odeur, couleur), socioculturels et psychologiques, de même que sur des facteurs socioéconomiques, environnementaux et politiques ». Ces comportements se construisent progressivement, en grande partie au sein du milieu familial, premier lieu de socialisation alimentaire. Ils posent les bases des pratiques spécifiques à l'âge adulte et peuvent influencer durablement la santé (Dupuy et Poulain, 2008).

1.1 Contexte alimentaire familial en Belgique

En Belgique, l'Enquête nationale de consommation alimentaire (Sciensano, 2024) fournit des données précieuses sur les pratiques alimentaires, notamment dans les foyers avec enfants et adolescents. Elle examine différentes dimensions telles que la participation à la préparation des repas, la consommation de fast-foods, la fréquence du petit-déjeuner ou encore la présence d'écrans pendant les repas. Ces données s'inscrivent dans ce que Cardon (2018) désigne comme les habitudes alimentaires familiales : un ensemble de pratiques répétées liées à la nourriture (achats, préparation, consommation), structurées par des routines, des normes et des interactions au sein du foyer. L'enquête révèle par exemple que seuls 8 % des enfants et adolescents participent quotidiennement à la préparation des repas, tandis que 24 % n'y prennent jamais part. Elle montre également que 69 % des adolescents consomment un petit-déjeuner au moins cinq fois par semaine. Cette proportion est encore plus élevée chez les enfants plus jeunes ce qui suggère que l'habitude de prendre un petit-déjeuner tend à diminuer

et que les pratiques alimentaires quotidiennes varient fortement selon l'âge, le milieu social et le contexte familial, contribuant ainsi à façonner durablement le rapport des jeunes à l'alimentation (Maurice, 2015).

Les choix alimentaires

Les choix alimentaires renvoient aux décisions quotidiennes sur ce que l'on mange, comment et dans quel contexte. Ils ne relèvent, en conséquence, pas uniquement de considérations rationnelles ou nutritionnelles, mais mobilisent également des dimensions émotionnelles, sociales et culturelles (Conner et Armitage, 2006 ; Rozin, 2007). Ces décisions peuvent être conscientes ou automatiques, influencées par des facteurs contextuels tels que le moment de la journée, le lieu, la présence d'autrui ou la nature de l'occasion (Sobal et al., 2006).

Une large diversité de facteurs interagissent dans ces choix :

- Psychologiques : l'anxiété, l'image corporelle ou l'estime de soi qui peuvent influencer les préférences et les restrictions alimentaires ;
- Biologiques : les intolérances, allergies ou modifications physiologiques liées à l'âge ;
- Économiques : le budget disponible conditionnant souvent l'accès à des aliments frais ou à des produits transformés (Sobal et al., 2006) ;
- Culturels : le jeu central joué par les pratiques religieuses, traditions culinaires et transmission intergénérationnelle jouent un rôle central ;
- Environnementaux et politiques : l'accès aux commerces, les cantines scolaires, la publicité ou encore les politiques publiques de santé (par exemple, le Nutri-Score) lesquels peuvent orienter ou contraindre les comportements alimentaires (Lundkvist et al., 2010).

L'influence de ces facteurs varie selon l'âge, le contexte familial et les ressources disponibles, contribuant à façonner des comportements alimentaires complexes et parfois ambivalents (Sobal et al., 2006).

1.2 Origine biologique et scripts alimentaires

Les habitudes alimentaires résultent, en conséquence, d'un enchevêtrement complexe de facteurs à la fois innés et acquis. Dès la petite enfance, les préférences gustatives figurent parmi les premiers déterminants, influencées à la fois par des composantes biologiques et par l'environnement social et culturel (Birch et Fisher, 1998 ; Rozin, 2007).

Les préférences alimentaires innées

Plusieurs recherches ont mis en évidence une prédisposition biologique dans le développement des goûts alimentaires. Dès la naissance, les nourrissons manifestent une attirance pour les saveurs sucrées et salées, tandis que les goûts amers ou acides sont généralement rejetés, probablement d'ailleurs en lien avec des mécanismes de survie (Birch et Fisher, 1998). Cette sensibilité innée s'accompagne d'une tendance à préférer les aliments riches en énergie, qui procurent une satiété rapide, mais sont pourtant souvent de faible qualité nutritionnelle (Johnson et al., 1991). Des études en génétique comportementale confirment que ces préférences sont partiellement héritables. Par exemple, une étude menée aux Pays-Bas a révélé que les préférences pour les viandes, fruits, légumes ou snacks sucrés présentent une héritabilité variant entre 36 % et 60 % (Vink et al., 2020). D'autres recherches ont mis en évidence des variantes génétiques spécifiques, comme celle, bien connue, influençant la perception du goût de la coriandre (Erikson et al., 2012).

Ainsi, bien que modulables, nos préférences alimentaires reposent en partie sur des dispositions biologiques communes et des particularités génétiques individuelles (Pallister et al., 2015).

Les scripts alimentaires

Au-delà de la biologie, les choix alimentaires s'ancrent dans des schémas mentaux construits par l'expérience. Bisogni, Jastran et Blake (2011) désignent ces structures sous le nom de « scripts alimentaires », qui servent de cadres de référence lors des prises de décisions liées à l'alimentation. Ils intègrent les connaissances, valeurs et attentes acquises au fil du temps (Blake et al., 2008). Dickson-Spillmann et Siegrist (2011) distinguent à ce titre les connaissances déclaratives (savoirs théoriques sur l'alimentation) et les connaissances procédurales (capacité à les appliquer dans des situations concrètes). Ces scripts guident les comportements sans les dicter rigoureusement : ils orientent, par exemple, la manière dont une personne structure son dîner, ou choisit ses aliments en fonction du moment, du contexte ou des personnes présentes (Bisogni et al., 2011). Rozin (2007) illustre ce point en soulignant que les choix ne relèvent pas que du goût : certaines associations sont socialement interdites (comme manger des sardines au petit-déjeuner) même si l'aliment est apprécié.

Ces modèles évoluent avec l'âge, les valeurs personnelles (santé, plaisir, prix) et les normes culturelles, familiales ou médiatiques (Furst et al., 1996 ; Lundkvist et al., 2010). Ils contribuent à forger des habitudes relativement stables, qui influencent la planification des repas, les préférences et les choix alimentaires au quotidien.

1.3 Evolution dans le cycle de vie

Les habitudes alimentaires évoluent progressivement au fil du temps, sous l'effet des expériences de vie, des connaissances acquises, des ressources disponibles et des valeurs personnelles (De Saint Pol, 2017). À chaque étape du parcours individuel, les dites pratiques alimentaires se modifient en fonction de priorités variables : santé, bien-être, emploi du temps ou contraintes économiques (Jabs et Devine, 2006 ; Williams et Page, 2011). Ces choix reflètent des valeurs en constante évolution, façonnées à la fois par l'histoire personnelle et les contextes sociaux ou générationnels (Furst et al., 1996).

Le concept de cycle de vie familial, introduit par Hill et Duval (1948), offre une lecture pertinente de ces évolutions. Ce modèle identifie neuf étapes dans le développement d'une famille, de la formation du couple à la retraite, chacune impliquant des réorganisations dans les rôles, les fonctions et les interactions familiales. Dans une perspective systémique, ces transitions influencent les routines mais aussi les attentes, les normes et les représentations liées à l'alimentation. Par exemple, l'arrivée d'un enfant peut entraîner l'instauration de nouveaux rythmes et rituels alimentaires, tandis que le départ des enfants ou l'entrée dans la vieillesse peuvent modifier les modalités des repas et leur fonction symbolique.

Ces moments de transition, comme la parentalité ou le vieillissement, constituent des occasions de réajustement des habitudes, et montrent que l'alimentation est un processus évolutif et dynamique, étroitement lié au cycle de vie familial (Poulain, 2013).

2. Les influences familiales

A ce stade, il nous apparaît essentiel d'explorer plus en profondeur le rôle de la famille dans la construction des habitudes alimentaires, en s'intéressant plus particulièrement aux pratiques parentales, à la structure familiale et aux relations intrafamiliales.

2.1 Le rôle parental dans l'apprentissage alimentaire de l'enfant

Outre des prédispositions biologiques, le cadre familial constitue un levier central dans la construction des habitudes alimentaires. Dès la petite enfance, l'enfant découvre les aliments proposés, observe les comportements parentaux et développe ses préférences par imitation (Birch et Anzman, 2010). Ce processus s'appuie sur trois mécanismes fondamentaux : la familiarisation, l'observation et l'association positive.

- La familiarisation repose sur l'exposition répétée à un aliment car même si l'enfant le refuse initialement, une présentation régulière augmente les chances d'acceptation à long terme (Birch et Anzman, 2010).
- L'observation, ou apprentissage par modèle, permet à l'enfant de reproduire les comportements alimentaires de ses figures d'attachement. L'étude de Johnson (2016) montre que cela concerne non seulement les aliments consommés, mais aussi la taille des portions, la vitesse d'ingestion ou encore le contexte du repas (avec ou sans écran, dans un climat serein ou tendu).
- Enfin, l'association positive se crée lorsque la consommation d'un aliment est liée à une expérience plaisante (partage, jeu, valorisation) alors qu'à l'inverse, un aliment imposé sous contrainte ou utilisé comme moyen de pression peut susciter du rejet ou une relation problématique à l'alimentation (Birch et Anzman, 2010).

Ces apprentissages s'inscrivent dans un système alimentaire domestique façonné par les parents, qui régulent, organisent et incarnent les normes alimentaires familiales (Francis et al., 2001 ; Van der Horst, 2012 ; Carbonneau et al., 2021). Leur influence ne se limite pas au choix des aliments : elle s'exerce aussi à travers les routines, les discours et les valeurs qu'ils transmettent. Les mères occupent souvent un rôle central dans ce processus. Elles assurent majoritairement la planification des repas, les achats et leur préparation (Schur et al., 2000). Elles gèrent aussi les comportements des enfants : choix des menus, encouragement à goûter, régulation des quantités ou limitation des aliments sucrés (Ciciolla et Luthar, 2019). Elles se montrent particulièrement attentives aux comportements alimentaires de leurs enfants, notamment de leurs filles, en raison d'une identification de genre plus marquée (Johannsen et al., 2006 ; Ogle et Park, 2017). Plusieurs études ont ainsi montré que les mères qui restreignent leur propre alimentation transmettent ces attitudes à leurs filles, parfois jusqu'à l'âge adulte (Neumark-Sztainer et al., 2010 ; Klein et al., 2017).

Si la littérature a longtemps porté un regard prioritairement maternel, le rôle des pères est maintenant de plus en plus étudié. Une étude récente (Andrianaly, 2025), présentée lors du congrès Nutrition 2025, souligne que les hommes ayant adopté une alimentation de qualité à l'adolescence ont tendance à la maintenir à l'âge adulte et à favoriser ces comportements chez leurs enfants. Ils sont notamment plus enclins à limiter les aliments transformés et à encourager la consommation de fruits et légumes.

Avec le temps, cette influence parentale évolue. À mesure que l'enfant devient autonome, l'impact direct des figures parentales s'atténue. Néanmoins, certaines habitudes acquises durant l'enfance peuvent se maintenir à l'âge adulte. On observe ainsi une transmission intergénérationnelle de comportements tels que la structuration des repas, la valorisation des plats dits « familiaux » ou encore la vigilance nutritionnelle (Dallacker et al., 2023 ; Berge et al., 2023). Selon Berge et ses collègues (2023), les enfants ayant grandi dans un environnement familial marqué par des repas réguliers, partagés et vécus dans un climat affectif positif sont plus enclins à reproduire ces pratiques à l'âge adulte, en particulier lorsqu'ils deviennent eux-mêmes parents. Les repas familiaux agissent alors comme de véritables rituels structurants, porteurs de continuité nutritionnelle, relationnelle et affective.

2.2 L'impact de la perception parentale du corps sur les comportements alimentaires

Les idéaux corporels véhiculés par les médias et la culture dominante ne s'arrêtent pas aux écrans : ils s'immiscent aussi dans le cadre familial. Les parents, parfois sans s'en rendre compte, participent à la transmission de ces normes en exerçant des pressions, directes ou indirectes, sur le poids ou l'apparence physique de leurs enfants. Ces attitudes parentales ont été associées à une altération de l'image corporelle et à l'adoption de comportements alimentaires inappropriés (Rodgers et Chabrol, 2009). Chez les jeunes adultes, cette intériorisation des normes corporelles peut favoriser une quête excessive de contrôle sur l'alimentation, menant à des pratiques restrictives, voire à des troubles alimentaires (Gagné et al., 2020). Les commentaires des parents à propos du corps de leur enfant, qu'ils soient positifs ou négatifs, jouent un rôle important dans la construction de l'image corporelle. Même des remarques formulées de manière indirecte peuvent influencer la relation que l'enfant entretient avec la nourriture et provoquer un mal-être susceptible de déboucher sur des troubles alimentaires. À l'inverse, lorsque les parents valorisent l'acceptation de soi et instaurent un climat familial bienveillant vis-à-vis du corps, cela peut favoriser une image corporelle plus stable et positive chez l'enfant ou l'adolescent, ce qui est susceptible de limiter l'apparition de comportements alimentaires problématiques (Gagné et al., 2020). Gregory et ses collaborateurs (2010) expliquent que cet environnement alimentaire est également façonné par les perceptions corporelles des parents, telles que la satisfaction ou insatisfaction corporelle, qui influencent leurs pratiques alimentaires. Ces perceptions peuvent engendrer des comportements parentaux visant à contrôler la nourriture de l'enfant, ce qui pourrait influencer sur son propre développement nutritionnel. Et il est notamment suggéré que des parents insatisfaits

de leur propre image corporelle sont plus susceptibles de recourir à des stratégies de contrôle alimentaire vis-à-vis de leurs enfants, telles que la restriction ou la pression pour manger certains types d'aliments (Gregory et al., 2010 ; Webber et al., 2010). Ces pratiques parentales influencent à leur tour les comportements alimentaires des enfants, en particulier dans des contextes où les préoccupations corporelles parentales sont transmises explicitement ou implicitement.

3. Lecture systémique des comportements alimentaires et TCA

Depuis les années 1970, plusieurs travaux fondateurs ont mis en évidence l'importance des dynamiques familiales dans l'émergence et le maintien des troubles du comportement alimentaire (TCA), notamment chez les adolescents. Cette approche systémique, défendue par des figures telles que Minuchin, Bruch ou Selvini Palazzoli, envisage le symptôme alimentaire non comme un dysfonctionnement individuel isolé, mais comme une réponse adaptative à des tensions relationnelles au sein du système familial (Minuchin et al., 1978 ; Bruch, 1973 ; Selvini Palazzoli, 1974).

3.1 L'influence du système familial

L'approche systémique considère les troubles du comportement alimentaire (TCA) comme des réponses adaptatives à des tensions relationnelles. Le symptôme n'est plus vu comme un dysfonctionnement individuel, mais comme un indicateur du déséquilibre du système familial (Minuchin et al., 1978 ; Bruch, 1973).

Les premières recherches ont identifié des configurations familiales typiques associées à l'anorexie, comme une forte fusion, une rigidité des rôles ou une faible ouverture aux influences extérieures (Minuchin et al., 1978). Dans ce cadre, le trouble peut jouer un rôle régulateur : il permet à l'adolescence de se différencier tout en préservant l'équilibre familial (Cook-Darzens, 2013). Les travaux récents apportent cependant une vision plus nuancée. Une méta-analyse (Rienecke et al., 2024) indique que les TCA de type binge/purge sont corrélés à des dysfonctionnements systémiques comme une faible cohésion, des conflits fréquents ou encore une confusion des rôles, sans qu'il soit possible d'identifier un type de configuration familiale qui, à elle seule, permettrait de prédire la survenue d'un TCA. Dans le même esprit, Jewell et ses collègues (2016) soulignent que c'est moins la structure familiale elle-même que la qualité des interactions et la régulation émotionnelle qui influencent le risque de TCA.

Enfin, les données de l'enquête belge HBSC (2018) montrent que les adolescents vivant avec leurs deux parents biologiques adoptent plus souvent des comportements alimentaires favorables. À l'inverse, les familles recomposées ou monoparentales sont associées à des pratiques plus à risque. Une étude internationale (Fisman et al., 2020) confirme l'effet modulateur de la configuration familiale sur les habitudes alimentaires, notamment lorsque s'y ajoutent des dynamiques relationnelles fragiles.

3.2 L'évolution de l'influence parentale

Durant l'enfance et l'adolescence

Dès le plus jeune âge, les enfants intègrent les normes alimentaires véhiculées au sein du foyer, notamment à travers les pratiques et les discours maternels. Une étude de Abramovitz et Birch (2000), menée auprès de 197 fillettes âgées de 5 ans, révèle que celles dont les mères suivent des régimes ont une meilleure connaissance de la notion de régime et associent certains comportements restrictifs (par exemple, l'éviction de sucreries ou la consommation de produits allégés) à l'objectif de minceur. Cette influence se confirme dans une étude longitudinale de Coffman et al. (2016) : les filles âgées de 7 ans dont la mère déclare suivre un régime présentent près de trois fois plus de risques d'adopter elles-mêmes des pratiques de contrôle du poids avant 11 ans.

À l'adolescence, les liens entre modèles parentaux et comportements alimentaires restent significatifs. Elfhag et Linné (2005) démontrent que la correspondance des attitudes alimentaires mère-fille demeure marquée, notamment en ce qui concerne la restriction alimentaire et la motivation à atteindre un idéal minceur.

À l'âge adulte

La transition vers l'âge adulte constitue une phase de différenciation, mais certains modèles intériorisés peuvent perdurer. En effet, Mutluer et Yilmaz (2023) relèvent que l'absence d'autonomisation suffisante à l'adolescence peut conduire à un surinvestissement du corps ou de l'alimentation comme espace de contrôle. Cette tranche d'âge est également identifiée comme une phase à haut risque pour l'émergence de troubles du comportement alimentaire (Smink et al., 2012 ; Mutluer et Yilmaz, 2023). Des travaux à long terme nuancent cette influence transgénérationnelle. En effet, Eisenberg et Neumark-Sztainer (2010), dans une étude sur cinq ans, n'observent pas de lien systématique entre les pratiques alimentaires maternelles et les restrictions persistantes à l'âge adulte. En revanche, Klein et al. (2017) relèvent qu'une motivation à la minceur acquise à l'orée de l'âge adulte peut se maintenir deux décennies plus

tard, et qu'elle est partiellement corrélée aux pratiques restrictives perçues chez la mère à cette époque.

3.3 L'impact des TCA sur la fratrie

Dans une perspective systémique, les troubles du comportement alimentaire ne touchent pas uniquement la personne concernée : ils modifient l'équilibre de tout le système familial. Lorsque l'un des enfants présente un TCA, la fratrie devient un acteur souvent négligé mais profondément impliqué dans les dynamiques d'adaptation, de tension et de régulation. Les recherches ont montré que les frères et sœurs d'une personne souffrant d'un TCA peuvent être affectés à plusieurs niveaux : émotionnel, relationnel et comportemental. Ils sont parfois exposés à des tensions accrues, à un climat familial centré sur la maladie, et à des ajustements de rôles, comme la prise en charge du parent ou la médiation entre les membres (Ruggiero et al., 2022 ; Hsieh et Shannon, 2005). Certains développent un sentiment d'invisibilité, perçoivent une inégalité dans l'attention parentale ou expriment un mélange d'émotions ambivalentes : colère, culpabilité, peur, tristesse (Paul et al., 2014). Dans certains cas, cette proximité avec la souffrance de l'autre favorise une implication protectrice, parfois au prix d'un surinvestissement ou d'une parentification (Paul et al., 2014).

Cependant, il faut noter que la présence d'un TCA dans la fratrie ne conduit pas systématiquement à des effets délétères. Certaines études soulignent que ces situations peuvent également renforcer la maturité, la compréhension de l'autre ou l'engagement vers des habitudes alimentaires plus équilibrées. Dans l'étude qualitative de Caillot et Gustafsson (2016), plusieurs adolescents expliquent que la maladie de leur sœur les a sensibilisés à l'importance d'une alimentation fonctionnelle, voire a amélioré l'organisation des repas familiaux. Concernant le risque de transmission ou de reproduction des comportements alimentaires pathologiques, les résultats restent nuancés. Si certaines recherches suggèrent qu'un TCA dans la fratrie peut représenter un facteur de risque (Hsieh et Shannon, 2005), d'autres travaux n'observent pas d'impact significatif négatif sur l'image corporelle ou les comportements alimentaires des frères et sœurs (Leventakou et al., 2015 ; Caillot et Gustafsson, 2016). Ces divergences mettent en évidence la nécessité de prendre en compte, dans l'évaluation de ces effets, les variables contextuelles, comme la qualité des relations intrafamiliales ou le soutien parental, dans l'évaluation de ces effets.

Ainsi, dans un système familial confronté à un TCA, la fratrie joue un rôle de témoin, de soutien, parfois de co-acteur. La manière dont elle vit et intègre la présence du trouble dépend de multiples facteurs, mais souligne une fois de plus que les comportements alimentaires ne peuvent être compris isolément de leur contexte relationnel.

4. Chapitre 2 : Conclusion

Ce chapitre a mis en lumière la façon dont le cadre familial, à travers ses pratiques, ses normes et ses représentations, participe à la construction des comportements alimentaires. Ces influences, bien qu'essentielles à la structuration alimentaire de l'enfant, peuvent aussi introduire des tensions, notamment lorsqu'elles reposent sur des attentes restrictives ou normatives. Le chapitre suivant s'attachera à explorer les liens possibles entre ces influences parentales et le développement de l'orthorexie nerveuse.

Chapitre 3 : Lien entre l'orthorexie nerveuse et habitudes alimentaires parentales

À ce jour, la littérature scientifique ne permet pas d'établir de lien direct entre comportements orthorexiques parentaux et transmission intergénérationnelle. Toutefois, certains travaux suggèrent que certaines pratiques éducatives rigides autour de l'alimentation pourraient influencer durablement la relation à la nourriture.

Des études ont démontré que des comportements parentaux tels que la restriction, la surveillance des portions ou l'usage de la nourriture comme récompense laissent des traces durables chez les enfants. En effet, quinze ans après l'adolescence, ces attitudes sont parfois reproduites à l'âge adulte, comme le montre le projet longitudinal EAT (Berge et al., 2019). Plusieurs recherches plus ciblées sur le sujet apportent des éléments supplémentaires. Des jeunes adultes orthorexiques évoquent fréquemment une enfance marquée par un fort contrôle parental, une pression à « bien manger » ou une valorisation excessive de la santé (Hering et al., 2021 ; Roncero et al., 2021). Ces contextes favorisent, chez les individus perfectionnistes, l'intériorisation rigide de normes alimentaires (Brytek-Matera, 2012). Deux études récentes renforcent cette hypothèse. En Grèce, Athanasaki et al. (2023) mettent en évidence qu'un style parental maternel moins contrôlant est associé à un risque réduit d'ON chez des étudiantes en nutrition. En Turquie, une enquête récente (Yılmaz et al., 2025) indique que le soutien émotionnel familial joue un rôle protecteur, tandis qu'un style parental rigide ou intrusif est corrélé à une augmentation des comportements orthorexiques chez les adolescents.

En conclusion, la littérature scientifique établissant un lien entre les pratiques parentales et l'orthorexie nerveuse demeure particulièrement limitée. Cette rareté souligne l'intérêt d'explorer la manière dont les individus perçoivent l'influence familiale dans le développement de comportements orthorexiques, ce à quoi s'attache la présente étude.

Partie Empirique

1. Objectif et question de recherche

Compte tenu du nombre très limité d'études ayant examiné simultanément l'orthorexie nerveuse et les pratiques alimentaires parentales, nous formulons la question suivante :

« Dans quelle mesure la perception des habitudes alimentaires parentales influence-t-elle le développement de comportements orthorexiques à l'âge adulte ? »

Cette question sert de repère conceptuel ; conformément à l'analyse thématique inductive de Braun et Clarke (2006), les entretiens sont explorés sans grille a priori. À partir des récits de personnes présentant une tendance orthorexique, ce mémoire vise à dégager les thèmes saillants qui structurent leur rapport à l'alimentation et à situer la place qu'y occupent les habitudes parentales, tout en restant ouvert aux autres facteurs émergents des données.

2. Méthodologie de recherche

2.1 Type de recherche

Ce travail s'intègre à un projet plus vaste intitulé : « L'orthorexie nerveuse : un nouveau trouble alimentaire en psychologie clinique », ayant reçu un accord préalable auprès du Comité d'Éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège. Dans le cadre de ce mémoire, nous adoptons une approche qualitative exploratoire visant non pas à tester une causalité pré-établie, mais à comprendre comment des adultes présentant une tendance orthorexique interprètent l'influence parentale dans leur rapport actuel à l'alimentation.

Pour ce faire, nous mobilisons une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006) : aucune grille de codage n'est fixée à l'avance, de sorte que les thèmes, qu'il s'agisse des pratiques actuelles, des habitudes familiales ou de toute autre influence jugée pertinente, émergent directement des récits. Cette procédure garantit une immersion fidèle dans le vécu des participants, tout en permettant, a posteriori, de situer la place des habitudes parentales parmi l'ensemble des facteurs identifiés. Cette démarche se fonde sur le constructionnisme (Ponterotto, 2005) : la réalité est considérée comme un produit du vécu, des interactions et du contexte propre à chacun. Le dispositif valorise ainsi la subjectivité des participants et la singularité de chaque récit, dans une posture humaniste et non sujette à jugement.

2.2 Population de recherche

Recrutement

Le recrutement des participants s'est déroulé en deux phases. D'abord, un appel à participation, diffusé sur Facebook et Instagram, invitait les personnes intéressées à remplir un questionnaire anonyme en ligne (via la plateforme sécurisée ULiège Survey) intégrant la Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS ; Barthels et al., 2015). L'échelle comprend 10 items, cotés selon une échelle de Likert à 4 points, allant de 1 (« Pas du tout vrai ») à 4 (« Tout à fait vrai »). Parmi ces énoncés figurent, à titre illustratif : « Manger de la nourriture bonne pour la santé est plus important pour moi que le plaisir », « Lorsque je mange quelque chose qui n'est pas bon pour la santé, je m'en veux » ou encore « Mes pensées sont centrées en permanence sur l'alimentation saine et j'organise ma journée en fonction de cela ». Elle présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$ à l'origine) ainsi qu'une fiabilité test-retest acceptable. Elle est aujourd'hui l'un des outils couramment utilisés pour détecter une tendance orthorexique dans la population générale, notamment en raison de sa validité convergente et de ses propriétés psychométriques solides. Elle a, en conséquence, été retenue dans cette étude aux fins d'identification des individus présentant une tendance orthorexique potentielle. La participation à cette première phase était volontaire et anonyme.

A l'issue du questionnaire, deux messages automatiques s'affichaient en fonction du score obtenu à la DOS :

- Pour un score plus grand ou égal à 30, les participants recevaient une invitation à nous contacter s'ils souhaitaient participer à la suite de la recherche.
- Pour un score plus petit que 30, un simple message de remerciement soulignait leur contribution à l'étude.

Ensuite, dans le cas d'une prise de contact de la part du participant, un échange par courrier électronique ou par téléphone permettait de transmettre des informations complémentaires sur les objectifs de la recherche, ses implications (participation à un entretien) ainsi que les modalités pratiques. Une fois la participation confirmée, un rendez-vous était fixé pour la réalisation de l'entretien.

Echantillon

Après avoir consulté des études antérieures mobilisant une méthodologie qualitative similaire, il a été estimé qu'un échantillon compris entre 10 et 15 participants serait adéquat pour ce type de recherche. L'étude devait inclure des individus dits pré-cliniques, c'est-à-dire issus de la

population générale, et non recrutés dans un cadre médical. Ces participants présentant des comportements suggérant une ON, ont été identifiés à l'aide du score, supérieur ou égal au score seuil de 30, obtenu au questionnaire présenté précédemment.

Les critères d'inclusion utilisés sont les suivants :

- Un score significatif à la DOS ;
- Être âgés de plus de 18 ans afin de garantir leur autonomie dans la prise de décision ;
- Avoir une bonne compréhension du français pour assurer la qualité des échanges et la fiabilité des réponses au questionnaire ;
- Fournir un consentement libre et éclairé.

Bien que le nombre de participants initialement visé n'ait pas été entièrement atteint, les différentes tentatives de recrutement ont permis de réunir huit volontaires. Après le désistement de l'un d'eux pour raisons personnelles, l'échantillon final retenu comprend sept participants (N = 7).

2.3 Récolte des données

Entretien semi-directif

Les participants ayant accepté de poursuivre l'étude ont été conviés à un entretien individuel semi-structuré, choisi pour offrir un cadre libre et confidentiel propice à l'exploration de leur rapport à l'alimentation, de leur vécu orthorexique et de leur perception des pratiques parentales. Bien que la modalité présentielle, dans les bureaux de l'ULiège au Val-Benoît ait été proposée, tous les entretiens se sont tenus à distance via Microsoft Teams, pour des raisons de confort et de logistique. D'une durée d'environ 45 minutes, chaque entretien a été enregistré sur un dispositif audio sécurisé, puis retranscrit manuellement dans les jours suivants. Aucune donnée nominative n'a été conservée afin de préserver l'anonymat. Les échanges ont été relus et corrigés avec soin pour garantir la fidélité du corpus.

Guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-structuré (cf. Annexe 1) a été élaboré pour offrir un cadre souple et favorisant l'expression libre des participants. Il comprend une dizaine de questions organisées autour de quatre grands axes :

- Les pratiques alimentaires actuelles : règles ou restrictions, critères de choix et émotions liées aux repas ;
- Le vécu de l'orthorexie : ressentis, bénéfices perçus et difficultés rencontrées ;
- Les causes perçues : identification des événements déclencheurs et influences extérieures identifiées ;
- Les pratiques parentales : description des habitudes alimentaires familiales et impact éventuel sur les comportements actuels.

Chaque entretien débutait par une question volontairement large : « *Pourriez-vous me parler de vos habitudes alimentaires actuelles ?* ». Cette formulation ouverte visait à engager un récit spontané avant d'aborder les axes spécifiques. Informés dès le début que l'étude portait sur les comportements alimentaires et les influences familiales, les participants répondaient à la question d'ouverture de manière naturelle et authentique, sans chercher à rationaliser leurs propos ni à adopter une posture défensive.

Le quatrième axe, consacré aux pratiques parentales, a été positionné intentionnellement en clôture de l'entretien afin d'éviter toute influence sur le discours des participants. Pour concilier spontanéité et exhaustivité de la collecte sur cette dimension, deux modalités d'exploration étaient prévues :

- Lorsque l'influence familiale était évoquée spontanément, nous l'approfondissions immédiatement par des questions ouvertes : « *De quelle manière pensez-vous que cela vous a influencé ?* » et « *Comment décririez-vous les habitudes alimentaires de vos parents ?* ».
- À l'inverse, si ce thème n'apparaissait pas de lui-même, nous propositions une relance plus directive : « *Selon certaines recherches, il est possible qu'il y ait un lien entre les habitudes alimentaires des parents et une attitude très stricte par rapport à la nourriture à l'âge adulte... Qu'en pensez-vous* », avant d'ajuster le reste de l'entretien aux réponses données.

Cette double modalité garantissait à la fois la spontanéité du discours et la couverture systématique de la problématique familiale.

2.4 Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée selon une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006) comprenant les six étapes suivantes :

1. Familiarisation : cette étape consiste à lire attentivement et à relire les transcriptions complètes, tout en prenant des mémos analytiques pour capter les premières impressions et repérer spontanément les idées saillantes émises par les participants.
2. Génération des codes initiaux : lors de cette phase de codage ligne à ligne, chaque segment pertinent du discours est étiqueté avec un code descriptif, directement calqué sur le vocabulaire des participants, sans recours à une grille a priori.
3. Recherche des thèmes : les codes issus du codage initial sont organisés par affinités sémantiques pour former dans un premier temps des sous-thèmes, puis des thèmes potentiels qui reflètent les dimensions structurantes du corpus.
4. Révision des thèmes : chaque thème est examiné pour en vérifier la cohérence interne (homogénéité des extraits) et la distinctivité par rapport aux autres thèmes, afin d'assurer une segmentation claire du matériau.
5. Définition et nommage des thèmes : les thèmes validés sont ensuite définis et nommés de façon concise, afin d'être immédiatement compréhensibles en dehors du contexte des entretiens.
6. Production du rapport final : cette dernière étape consiste à rédiger l'analyse thématique en illustrant chaque thème par des verbatims représentatifs, puis à mettre a posteriori ces résultats en perspective avec la question de recherche sur l'influence parentale.

Tout au long de ce processus d'analyse, aucune catégorie n'a été imposée à l'avance : les thèmes ont émergé exclusivement à partir des propos des participants. Comme mentionné précédemment, la question de recherche a servi de repère conceptuel pour orienter l'étude, sans toutefois contraindre le codage. Elle n'a été mobilisée qu'au moment de la discussion, afin d'identifier la manière dont les pratiques parentales s'inscrivent parmi les thèmes émergents.

3. Résultats

Chapitre 1 : Analyses des données quantitatives

Conformément à ce qui a été exposé dans la partie méthodologie (cf. 2. Méthodologie de recherche), la première phase de cette recherche a consisté en la passation en ligne de la Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS ; Barthels et al., 2015), un auto-questionnaire évaluant l'intensité des comportements orthorexiques. Pour rappel, un score inférieur à 25 reflète l'absence de tendance orthorexique marquée ; un score compris entre 25 et 29 signale un risque accru ; enfin, un score supérieur ou égal à 30 est généralement interprété comme indicatif d'une forme d'orthorexie manifeste (Barthels et al., 2015).

1. Données descriptives

Parmi les 171 personnes ayant accédé au questionnaire, 63 l'ont complété intégralement, soit un taux de complétion de 36,8 %. Dans l'échantillon final ($N = 63$), le score minimum observé est de 11/40 et le score maximum de 40/40. La moyenne est de 21,11 ($\sigma = 6,22$; IC 95 % [19,54 ; 22,68]) (cf. Figure 4). Cette moyenne, située en deçà du seuil clinique, suggère une faible tendance orthorexique globale dans cet échantillon total. L'écart-type relativement élevé témoigne par ailleurs d'une dispersion importante des scores, révélant une hétérogénéité notable dans les comportements rapportés. Autrement dit, si la majorité des participants présentent une faible adhésion aux attitudes orthorexiques, certains s'en distinguent par des scores nettement plus élevés, pouvant refléter une relation plus rigide, normative, voire préoccupante à l'alimentation. Sur le plan psychométrique, la DOS présente une bonne consistance interne ($\alpha = 0,80$), confirmant la fiabilité du score global.

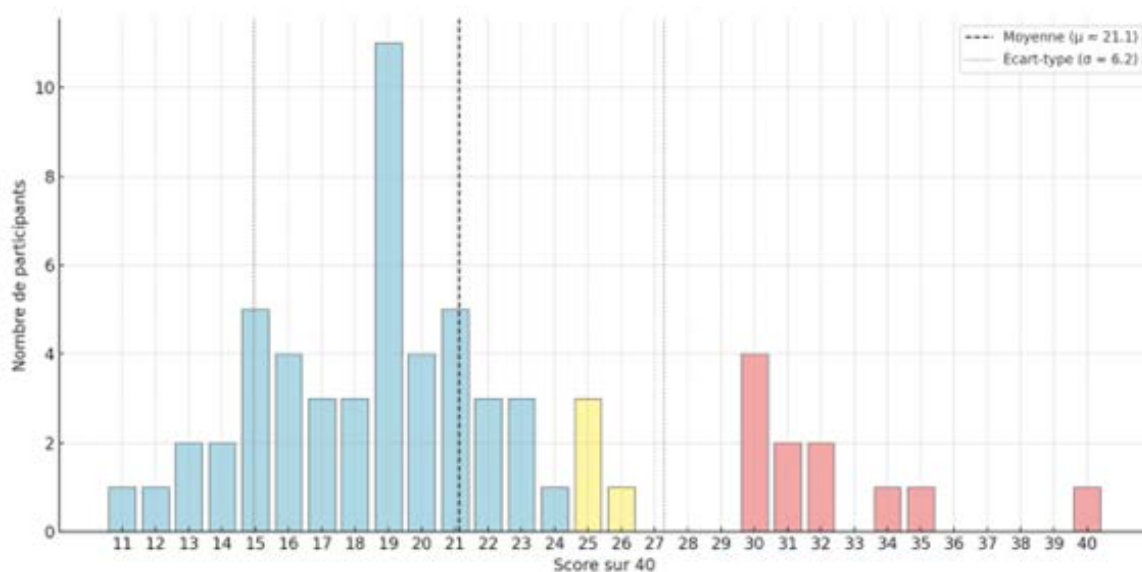


Figure 4. Distribution des scores obtenus à la DOS (N = 63)

Un score maximal de 40/40 a également été observé, correspondant théoriquement à une réponse « Tout à fait vrai » à chacun des dix items. Ce cas doit être interprété avec prudence : il peut traduire une forte adhésion aux énoncés, mais aussi une lecture très littérale, un biais de désirabilité sociale (se présenter comme particulièrement rigoureux), ou encore, hypothèse plausible au regard du faible taux de complétion, une sélection systématique de la modalité « Tout à fait vrai » à chaque item afin de terminer rapidement la passation (straightlining). En l'absence d'entretien complémentaire, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce score traduit une réalité clinique ou un artefact de passation.

La répartition des scores dans l'échantillon se présente comme suit (cf. Figure 5) :

- 48 participants (76,2 %) présentent un score inférieur à 25 ;
- 4 participants (6,3 %) se situent entre 25 et 29 ;
- 11 participants (17,5 %) atteignent un score supérieur ou égal à 30.

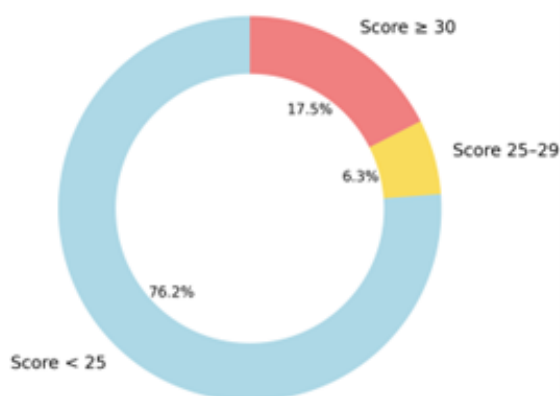


Figure 5. Répartition des participants selon les seuils cliniques définies par la DOS

Parmi les 11 participants ayant obtenu un score supérieur ou égal à 30 (seuil considéré comme indicatif de comportements orthorexiques significatifs), qui correspond également au seuil à partir duquel un message de fin de questionnaire les invitait à nous recontacter pour la seconde phase qualitative, huit ont effectivement fait cette démarche (72,7 %), témoignant d'un certain engagement envers l'étude. En revanche, trois d'entre eux (27,3 %) n'ont pas donné suite, ce qui pourrait potentiellement s'expliquer, entre autres, par un sentiment de ne pas être concerné malgré le score élevé, un désengagement après la passation, un inconfort à l'idée d'évoquer des habitudes alimentaires ou simplement une omission du message de fin de questionnaire.

En somme, cette phase quantitative met en évidence une grande variabilité des comportements orthorexiques au sein de l'échantillon, avec une majorité de participants présentant des scores faibles, mais une minorité non négligeable atteignant des seuils cliniquement significatifs.

Chapitre 2 : Analyses des données qualitatives

Pour rappel, ce chapitre s'appuie sur une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006) appliquée à sept entretiens semi-structurés d'environ 45 minutes chacun, menés auprès de participants présentant un score significatif au DOS. Ci-dessous, le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon¹ (âge, situation familiale, lieu de vie, profession) ; les scores DOS de chaque participant y figurent également ($M = 32/40$). Cette mise en contexte permet de situer les entretiens avant l'analyse thématique. L'échantillon comprend 7 participants (6 femmes, 1 homme), âgés de 22 à 33 ans. On compte 3 célibataires et 4 personnes en couple. Les lieux de vie se répartissent entre vie seule ($n = 2$), vie en couple ($n = 2$), colocation ($n = 2$) et domicile parental ($n = 1$). Les situations professionnelles sont variées. Cette diversité soutient l'interprétation des thèmes dans une perspective globale, tout en rappelant que l'échantillon est majoritairement féminin.

¹ Des pseudonymes ont été attribués à chaque participant afin de garantir leur anonymat tout au long de ce travail.

Pseudonymes	Score DOS/40	Âge	Situation familiale	Lieu de vie	Profession
Madame A	31/40	26 ans	Célibataire	Seule	Doctorante
Madame C	30/40	26 ans	Célibataire	Seule	Etudiante en diététique
Madame E	35/40	25 ans	En couple	Concubinage	Professeure
Madame L	32/40	22 ans	Célibataire	Colocation	Etudiante
Madame R	30/40	24 ans	En couple	Chez ses parents	Gestion des ressources humaines
Madame S	32/40	33 ans	En couple	Concubinage	Chargée d'études marketing
Monsieur M	34/40	32 ans	En couple	Colocation avec ses frères	Créateur de contenu sur les réseaux sociaux

Tableau 2. Caractéristiques des participants et score DOS

1. Analyse thématique des entretiens

Conformément à une démarche inductive « data-driven » (cf. § 2.4), l'analyse thématique s'appuie exclusivement sur les données recueillies : elle identifie le maximum d'aspects saillants du discours, et pas seulement ceux liés directement à la question de recherche (Braun et Clarke, 2006). Nous avons analysé les verbatims des entretiens sur la base de retranscriptions fidèles, sans y avoir apporté la moindre modification.

L'analyse a dégagé quatre thèmes principaux (Figure 6) qui éclairent la manière dont les participants construisent leur rapport à l'alimentation dans une perspective orthorexique. Pour la lisibilité, la présentation suit un cheminement du niveau individuel au niveau relationnel : Thème 1 : Manger pour performer, Thème 2 : Ambivalence émotionnelle, Thème 3 : Manger sous le regard des autres et Thème 4 : Influences familiales. Cet ordonnancement est descriptif et non causal, et chaque thème est détaillé avec ses sous-thèmes associés dans la suite de l'analyse.

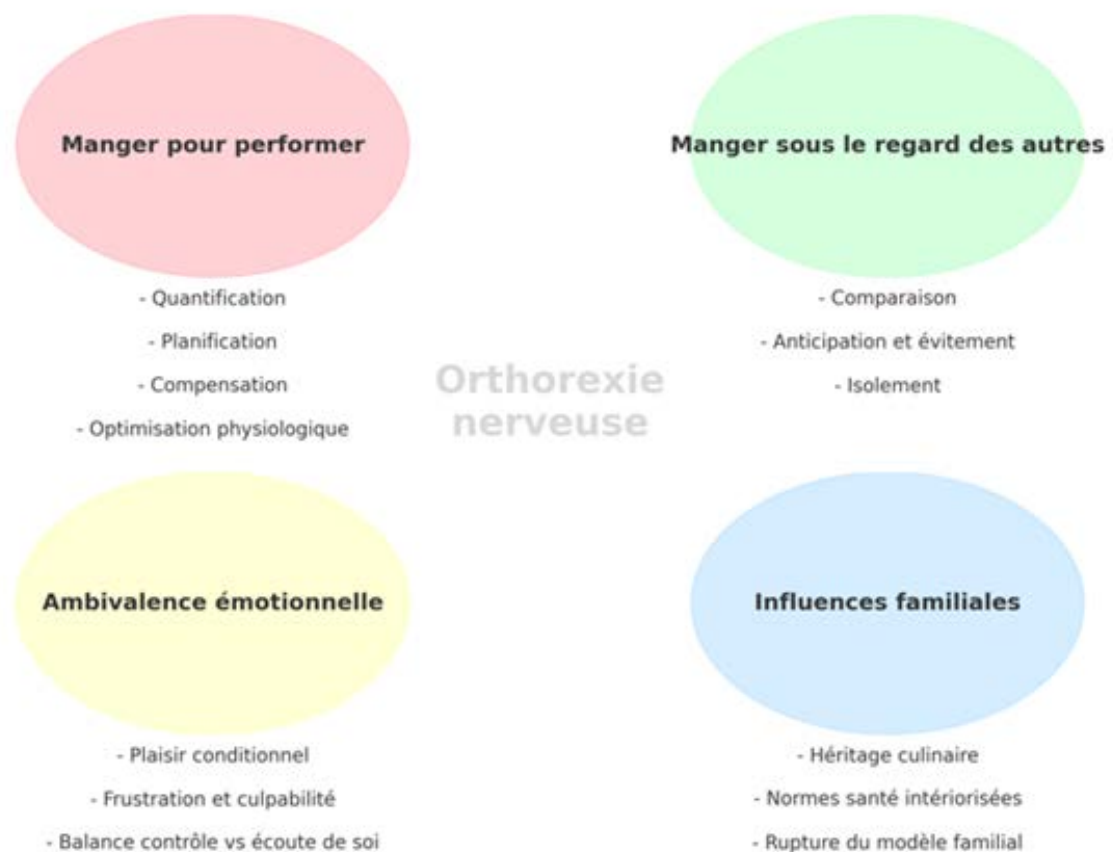


Figure 6. Carte des thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse thématique selon Braun et Clarke, 2006

1.1 Thème 1 : Manger pour performer

Repéré chez tous les participants, ce thème occupe une place centrale dans les entretiens : l'alimentation est conçue comme un instrument de performance et de contrôle du corps, étroitement liée à la pratique sportive et à la quête d'une santé optimale. Elle ne se réduit ni à se nourrir ni au plaisir : elle est pensée pour améliorer la condition physique, optimiser l'énergie et le bien-être et atteindre un idéal corporel grâce à une organisation rigoureuse. Cette approche se décline, dans tous les entretiens mais à des degrés variables, en quatre pratiques : quantifier, planifier, compenser et optimiser.

Quantifier chaque prise alimentaire

Le premier sous-thème renvoie à une mise en chiffres systématique des apports, non pas pour le seul plaisir du contrôle, mais parce que ces chiffres sont perçus comme la condition d'une performance optimale. Le premier réflexe consiste à traduire la nourriture en grammes ou en calories. Madame A fixe le ton : « *Faut qu'il y ait, pour moi, 40 grammes de protéines dans un repas pour maintenir ma masse musculaire* », elle ajoute : « *mon objectif principal, c'est quand*

même de garder un taux de protéines, un niveau de protéines assez élevé dans la journée. Et en même temps, de toujours calibrer mes fibres pour qu'il y en ait assez en fonction des protéines ». Madame R, de son côté, déclare se concentrer « *sur mon grammage de féculents* » et adapte l'assiette à la moindre variation du chiffre sur la balance. Ici, la faim est mise de côté : ce sont les mesures qui guident la prise alimentaire, Madame L décrit un déjeuner : « *61 g de pâtes, du poulet, des petits pois carotte peu importe ma faim c'est la mesure qui compte* », puis ajuste ses collations pour « *atteindre mon quota de macronutriments pour la journée* ».

Compter ce qu'ils mangent les rassure : en pesant et en calculant, ils sont sûrs que chaque bouchée « sert » leur objectif (sport, silhouette, santé). Et pour pouvoir continuer à compter sans stress, ils préparent tout à l'avance. De là découle le second sous-thème : la planification.

Planifier les repas

Dans le prolongement du chiffrage des apports, les repas font l'objet d'une planification très rigoureuse, récurrente dans les entretiens. Les participants décrivent des routines stabilisées : menus hebdomadaires, « meal prep », mise en portions et congélation, afin de respecter les cibles fixées et d'alléger la charge mentale. Madame L dit : « *Tous mes plats sont faits jusque vendredi, ça me retire tellement de poids.* » Elle précise : « *Je sais ce que je dois manger, je ne dois pas réfléchir, ça me rassure. J'ai mon planning de repas pour toute la semaine, comme j'ai mon planning de mes entraînements à la salle de sport ou pour courir* ». Madame R explique : « *Le dimanche, on se fait la liste des plats à préparer pour tenir notre planning. Je tiens mon planning repas comme j'essaye de tenir mon planning sport* ». Madame S, de son côté dit : « *Je fais mes boîtes, tous les jours je fais ma boîte à lunch avec un plat que j'ai fait moi-même donc je sais ce qu'il y a dedans. Et donc là, par exemple, j'avais de la ratatouille au congélateur. [...] Je sais toujours ce que je vais manger le lendemain vu que mes boîtes sont prêtes* ».

En planifiant leurs repas, les participants maîtrisent le contexte alimentaire : moins d'imprévus signifie moins de chances de s'écarter de l'objectif. Une fois ce cadre sécurisé, il reste à vérifier que chaque apport « vaut » l'effort fourni : s'installe alors une logique de compensation, où l'on équilibre strictement dépenses et ingestions.

Compenser : l'équation effort/apport et l'autosurveillance numérique

Après la quantification et la planification, beaucoup de participants décrivent une troisième étape : vérifier que « ce qui est mangé » est proportionnel à « ce qui a été dépensé ». Autrement dit, l'alimentation doit compenser l'effort, et inversement. La permission de manger dépend alors du sport réalisé et des chiffres enregistrés. Madame E illustre cette logique de façon explicite : « *Le soir, si je n'avais pas fait mon sport, je ne mangeais pas* » et ajoute « *Mais si*

j'avais fait mon sport, je me permettais quand même de manger » mais encore *« Et le soir, c'est selon ce que j'ai mangé le matin, le midi. Je vais me permettre un certain type de plat ou pas. Mais ça reste souvent, tu sais, une viande toute simple, sans sauce »*. Madame E illustre aussi d'autres compensations dans son quotidien : *« Par exemple je suis invitée à manger chez ma mamie, je ne vais pas lui dire ah non aujourd'hui je dois manger tartine donc je vais manger chez elle. Mais du coup après j'ai réfléchi à ce que je mange le soir. Puis si je mange trop le midi, je réduis le soir »*. De même, Madame R affirme : *« Je suis malade de ne pas avoir fait une séance, je me pèse chaque vendredi à jeun »*. Madame R complète en disant : *« faut se l'avouer je fais mon sport pour éliminer ce que j'ai mangé aussi »*. Chez ces deux participantes, l'entraînement semble valider le droit de manger ; un entraînement annulé appelle restriction, tandis qu'un surplus d'activité légitime l'acte de se nourrir. Madame L s'exprime aussi par rapport à cette idée de compensation : *« J'essaye de ne pas de compenser quand je sais que je mange plus que d'habitude ou alors que je mange quelque chose de pas très sain ou trop calorique. Mais ce n'est pas toujours facile »*. Ce rapport chiffré au corps repose sur une autosurveillance numérique. Madame E confie : *« J'ai commencé à suivre chaque calorie avec une appli »,* ajoutant *« ça me rend malade dès qu'elle n'atteint pas les 500 calories brûlées »*. Madame R évoque également cet outil : *« Surtout que j'ai ma montre depuis des années qui me rappelle que je suis sédentaire quand je vois le nombre de pas ou de calorie brûlée sur la journée, je fais gaffe aussi à ça »*. Par rapport à la balance, elle ajoute : *« Tu fais tous les efforts du monde, tu ne perds pas un gramme sur la balance, c'est horrible »*, soupire Madame R avec une émotion apparente.

En bref, la logique de compensation prolonge le contrôle : les apports sont ajustés en fonction de l'énergie dépensée, au prix de restrictions ultérieures, de « rattrapages » et d'une culpabilité récurrente. Ce contrôle constant prépare la transition vers le sous-thème suivant, consacré à l'optimisation physiologique.

Optimisation physiologique

Après avoir compté puis planifié et parfois compensé, plusieurs participants vont un pas plus loin : ils cherchent à manger ce qui fonctionne le mieux pour leur corps, c'est-à-dire ce qui améliore leurs performances et soutient un objectif morphologique, en s'appuyant sur des indicateurs corporels (digestion, énergie, sommeil, clarté mentale). Madame A illustre cette logique par la composition des apports : *« Je garde un taux de protéines élevé dans une journée pour ma pratique sportive [...] j'essaye de réintroduire des matières grasses parce que pendant un moment, je m'interdisais trop au point où ça joue quand même au niveau hormonal. Donc,*

j'essaye de les réintroduire. C'est un peu plus compliqué, mais voilà [...] même dans mon choix de boisson, je sais que c'est quand même encore dirigé. Je ne vais pas prendre d'alcool parce que c'est trop calorique et que ça empêche la reconstruction musculaire c'est quand même encore très centré vers mon corps et mes performances physiques ». Ces propos indiquent que l'objectif prioritaire est la performance et la forme physique. Ainsi, la « santé » est surtout invoquée comme un moyen d'y parvenir. Monsieur M rapporte des observations issues d'une auto-expérimentation (tests/évitements) qui lui sert de repère : *« J'ai testé du lait, enfin un produit laitier qui était pasteurisé. Je ne m'en suis pas rendu compte de suite des effets négatifs. Je ne m'en suis pas rendu compte, mais je pensais que c'était bon pour moi. Du coup, j'ai commencé à dormir deux heures de plus chaque jour, à transpirer beaucoup plus, à avoir mes performances sportives baisser radicalement. Au bout de trois ou quatre jours, j'ai commencé à comprendre que ça venait de là. J'ai enlevé et c'est revenu à la normale ».* Un peu plus loin, il déclare : *« Ça prouve bien que l'alimentation joue un rôle sur les capacités physiques ».* La qualité digestive, le sommeil ou même la clarté mentale deviennent des indicateurs de réussite alimentaire selon lui. Ce raffinement le conduit à des choix précis pour lui : *« éliminer les fromages industriels, choisir du pain au levain ou tremper les légumineuses pour qu'elles soient complètement digestes »* en précisant *« il y a beaucoup plus de bienfaits et derrière on n'a pas de coup de barre en mangeant ça ».* Madame S, elle, qualifie deux fois dans son discours certains aliments de « feux rouges » : fast-food et plats préparés sont écartés au profit de versions « faites maison » qu'elle contrôle. Elle explique : *« Alors point de vue alimentaire ça me dégoûte, tu ne sais pas ce qu'il y a dans les plats, les ingrédients utilisés, soit c'est trop salé, trop gras enfin bref puis en plus tu as des additifs en fait donc si j'ai envie d'un kebab je le mange à la maison. En fait je filtre les restaurants où on va et tous les fast Food, je les fais à la maison quoi genre on a envie d'un burger, je fais tout moi-même parce que sinon je sais que je ne digérerai pas, que je vais être mal toute la soirée, complètement fatiguée même le lendemain, je déteste cette sensation ».* Lorsque nous reformulons ces propos pour creuser davantage, elle ajoute : *« Oui exactement ce sont vraiment ces sensations dans mon corps que je ne veux pas, puis j'ai sport presque tous les jours donc si je mangeais ça régulièrement, jamais je n'arriverais à assumer mes séances à la salle de sport ».* Dans la même intention, Madame C nous dit : *« [...] je veux fonctionner à 100 %. Je ne veux pas être fatiguée pour rien, je veux être claire dans ma tête, bien dans mon corps. Alors je sélectionne ce que je mange. Pour moi c'est mon idéal j'enlève ce qui peut nous empoisonner, et je garde ce qui est bénéfique pour le bien-être de notre corps quoi pour pouvoir être active ».*

Conclusion du thème 1

Pris ensemble, ces sous-thèmes montrent une alimentation largement instrumentalisée au service de la performance, qu'elle soit physique, esthétique ou liée à la santé. Compter, planifier, compenser et sélectionner ce qui est perçu comme optimal apparaissent comme autant de stratégies pour maintenir un corps jugé « fonctionnel ». Cet équilibre reste toutefois fragile : un simple « écart » ou une séance manquée peut suffire à faire émerger culpabilité et tension, ouvrant sur l'ambivalence émotionnelle explorée dans le thème suivant.

1.2 Thème 2 : L'ambivalence émotionnelle face à l'alimentation

Dans l'ensemble des entretiens, une ambivalence semble se dessiner : les affects positifs (plaisir, soulagement, fierté, maîtrise) coexistent avec les affects négatifs (culpabilité, frustration, anxiété) autour d'une même situation. Le plaisir paraît souvent conditionnel (plan respecté, activité réalisée, aliment « sain »), tandis que les écarts tendent à activer culpabilité et comportements de compensation. Retrouvé chez tous les participants, ce thème met en évidence le poids des émotions dans leurs pratiques alimentaires.

Le plaisir sous condition

Plusieurs participants expriment la difficulté de s'autoriser des plaisirs alimentaires sans justification préalable. Ce n'est pas le plaisir en soi qui est rejeté, mais l'idée qu'il doit être « mérité » un mot que l'on retrouve tel quel dans le discours de Madame E et de Madame A. Par exemple, Madame E dit : *« le soir, si je n'ai pas fait mon sport, je ne mange pas, même si j'aurais envie de me faire plaisir avec un bon repas, j'aimerais bien mais non, c'est comme si je ne le méritais pas quoi »*. Ici, manger ne répond plus seulement à la faim ni à l'envie de se faire plaisir : l'acte devient conditionné par la performance réalisée. Chez Madame A, ce sentiment est très présent : *« Puis le sentiment de mériter aussi ce que je mange, ça va de pair avec la culpabilité tu vois »*. Elle développe ensuite : *« Régulièrement quand je mange je me demande parfois si réellement je le mérite, est-ce que je me suis assez dépensé sur la journée ? Est-ce que j'ai vraiment faim ou c'est de la gourmandise ? Surtout quand c'est un produit pas sain, là directement ces pensées me viennent »*. Ce passage montre que le mérite devient un filtre constant, surtout pour les aliments perçus comme « non sains ». Chez Madame L, ce qu'elle qualifie d'écart est rattaché au bien-être : *« Si je prends un croissant, je sais que c'est pour mon bien mental »*. Il semblerait que l'écart doive être adossé à une raison de bien-être pour être toléré. Madame S exprime une forme proche, où le plaisir doit rester « exceptionnel » et « autorisé ». En évoquant ses « craquages », elle raconte : *« Alors le craquage, ça va être un*

Apérol Spritz. Et même là, je me dis toujours « ok c'est trop sucré, fais attention, prends plutôt un verre de vin rouge ». C'est comme si, même dans mon plaisir, je devais un peu compenser ou trouver une version plus acceptable. [...] Même pour les choses un peu plaisir, j'ai besoin que ça reste cadré. Il m'est arrivé de me péter un pot de glace, mais c'est hyper rare. [...] Le fait que ce soit occasionnel rend la chose pas grave. Vu que du lundi au vendredi, je fais hyper gaffe. C'est comme si je devais « avoir été sérieuse » pour avoir le droit. [...] Le croissant, c'est vraiment un kiff, mais je n'en mange quasi jamais. Je préfère prendre un bretzel salé, c'est plus raisonnable, et je me dis que j'ai moins à culpabiliser ». Ce verbatim rapporte une rare consommation d'aliments-plaisir, des substitutions jugées « plus raisonnables » (vin rouge plutôt que spritz, bretzel plutôt que croissant) et la nécessité que ces écarts soient « cadrés » et « autorisés ». L'accès au plaisir ne semble pas spontané : il doit comme être justifié, rejoignant la logique du « mérite » décrite par d'autres participantes. Chez Monsieur M, la notion de plaisir est liée au ressenti corporel : *« Disons que c'est vraiment l'idée de se faire plaisir tout en évitant la souffrance. »* En creusant cette idée, il précise : *« Ce qui m'apporte du plaisir dans l'alimentation, c'est le fait de me sentir bien physiquement après avoir mangé ces aliments ».* Ici, le plaisir semble moins lié à la sensation gustative immédiate (court terme) qu'au bien-être ressenti après coup (plus long terme), c'est-à-dire validé a posteriori par l'absence d'inconfort. Cela suggère un « plaisir acceptable » encadré par des critères internes, en écho à la logique de « mérite » rapportée par d'autres.

En somme, le plaisir apparaît lui-même intégré au dispositif de contrôle, comme une récompense conditionnée au respect préalable des règles et calibrée pour limiter l'auto-culpabilisation.

Frustration et culpabilité

La frustration et la culpabilité reviennent de façon récurrente dans les discours, qu'il s'agisse de « dérapages » ou d'objectifs jugés non atteints. Chez Madame C, la culpabilité surgit après des prises alimentaires jugées excessives : *« Je mange beaucoup plus que d'habitude, et je ne me sens pas bien physiquement et mentalement. Je me dis, mais pourquoi j'ai fait ça ? [...] Et dans ce genre de situation oui je culpabilise beaucoup. Puis souvent, dans ces situations, c'est pas vraiment des aliments très sains ».* Elle rit légèrement en prononçant : *« pas vraiment des aliments très sains ».* Un rire qui semble exprimer à la fois de l'autodérision et une tentative de mettre à distance la charge négative attachée à ces « aliments pas très sains ». Le même mécanisme est perceptible chez Madame A, qui admet que ce sentiment de culpabilité reste encore très présent dans son quotidien : *« Ce sentiment de culpabilité peut être encore assez*

présent chez toi ? Oui, totalement » répond-elle. Elle évoque aussi cette voix intérieure : *« Je vais me dire, est-ce que j'ai le droit d'en prendre ? »*. Madame L exprime le même mécanisme en l'anticipant : *« Mais c'est des biscuits. Tout le monde a envie une fois par semaine d'aller chercher un petit biscuit. C'est vrai que du coup, je ne le fais pas. Je sais qu'après, je vais le regretter. Puis dans tous les cas, je ne pourrais pas le consommer »*. Parfois, c'est même la sensation de faim qui devient suspecte. Madame E hésite : *« Je me dis c'est bizarre comment ça se fait que j'ai encore faim alors que j'ai mangé, j'ai quand même bien mangé. Mais je ne vais pas m'autoriser à manger encore tu vois parce que je vais me dire « ah je vais doubler mon apport d'aptitude » et là alors je vais beaucoup trop culpabiliser ça va me ronger »*. Ici, les besoins physiologiques sont remis en question au profit de règles intériorisées. A propos des week-ends festifs, Madame R décrit une culpabilité différée : elle dit vouloir ne pas culpabiliser pendant le week-end, mais le lundi, elle se dit : *« punaise, j'ai fait n'importe quoi, j'ai bu de l'alcool »*.

Enfin, la relation à l'alimentation décrite par les participants est marquée non seulement par la culpabilité, mais aussi par de la frustration. Madame C le formule explicitement : *« Je sais, avec ce que j'ai appris avec mes études, je sais que la frustration c'est pire. Mais en plus de ça, je le ressens moi quand par exemple j'ai envie absolument de quelque chose. Si je ne le prends pas, je ne vais faire que d'y penser. Alors que parfois j'essaye quand même de le prendre, tant pis »*. Ce passage met en lumière une tension permanente : céder au désir ou le refuser, au risque de voir la frustration grandir et occuper l'esprit. Chez Madame R, la frustration prend une autre forme, tournée vers l'effort perçu comme vain : *« Tu fais tous les efforts du monde, tu ne perds pas »*. Ici, c'est le sentiment d'injustice et d'épuisement qui semble dominer leurs pensées. Madame E exprime la même lassitude : *« Je pleurais, j'étais épuisée. »*, va suivre un long silence que nous allons respecter. Ce temps suspendu laisse apparaître une forte charge émotionnelle, comme si l'évocation de cette période faisait remonter un vécu particulièrement éprouvant.

Balance entre contrôle et écoute de soi

En plus de la culpabilité et de la frustration, plusieurs entretiens révèlent une ambivalence plus profonde : un tiraillement constant entre plaisir, contrôle et écoute de ses besoins corporels. Par exemple, Madame L décrit avec clarté une forme de conflit intérieur : elle évoque son attachement à un cadre alimentaire strict dicté par sa coach et un plan nutritionnel précis. Elle explique : *« Dans ce cas même si je n'ai pas vraiment faim je vais quand même m'obliger de manger pour atteindre la quantité des apports qu'il me faut, dans ces moments j'écoute*

vraiment pas ma faim, je mange parce que qu'il faut manger. [...] Je sais que si je ne mange pas tout mon plat, je vais perdre une partie de mon objectif [...] mais des fois je n'ai pas faim ». Ce passage illustre bien un tiraillement entre les signaux corporels et la logique d'atteinte de performance. Manger devient alors un devoir, même en l'absence de besoin physiologique. Plus loin, elle ajoute par rapport à cette balance contrôle et écoute de soi : « *Mais c'est qu'est-ce que je vais manger ? Mais si je mange ça, qu'est-ce qui va se passer ? Mais en même temps, écoute, tu n'as qu'une vie. Mais c'est vrai que du coup, j'ai toujours réfléchi indirectement à ce que je peux manger ou pas. Je pense pas que je me disais toujours, oh non, mange pas ça parce que c'est pas bien. Mais dans un petit coin de ma tête, je savais que c'était là et que j'en avais vraiment envie, peut-être même besoin mais je me contrôlais donc je ne mangeais pas parce que c'est pas des produits bons pour la santé* ». Chez Monsieur M, l'ambivalence se traduit par un discours très construit sur le plaisir et la discipline. Il affirme : « *Si on ne prend pas de plaisir, ça veut dire qu'on n'est pas au bon endroit et que si les aliments ne sont pas bon goût, ne sont pas savoureux, c'est que ce n'est pas bon pour nous et ça je l'ai appris. Parce que ça fait 10-12 ans que j'ai changé mon alimentation. J'essayais de manger des aliments bons pour moi. Je me suis vite rendu compte que c'était bon au goût, en restant toujours dans des aliments bruts/naturels, c'était positif pour ma santé. Donc, ouais, j'essaye au maximum d'aller vers du plaisir* ». Pourtant, ce même discours sur le plaisir est immédiatement contrebalancé par la nécessité de maintenir une ligne de conduite : « *Mais voilà, je ne vais pas manger un kilo de fromage avec plein de miel, même si c'est bon, que oui c'est vrai parfois j'en ai vraiment très envie mais je ne vais pas le faire, je reste dans la ligne de conduite* ». Cet extrait illustre, pour Monsieur M, une négociation entre écoute de soi et contrôle : le plaisir est conditionné au respect d'une « ligne de conduite ». Ce motif apparaît chez certains participants, tandis que d'autres décrivent un plaisir plus rare voire évité.

Enfin, Madame E incarne cette ambivalence de façon particulièrement marquante. Elle exprime à la fois une volonté de relâcher le contrôle et une peur persistante de « *trop* » manger. Son discours oscille entre une forme de lucidité sur les dangers de la restriction « *Je ne mangeais vraiment plus rien* » et une difficulté à retrouver un rapport apaisé à la nourriture « *Je ne vais pas m'autoriser à manger une tartine* ». Cette hésitation, presque constante, montre une difficulté à construire un équilibre durable entre alimentation, image corporelle et bien-être psychologique.

Préoccupation excessive

Une préoccupation marquée autour de l'alimentation traverse l'ensemble des entretiens. Pour plusieurs participants, penser à ce qu'il faut manger n'est pas seulement une tâche quotidienne : cela structure le rythme de leurs journées, parfois jusqu'à devenir envahissant. Madame A l'exprime très clairement : « *J'ai eu l'impression à un moment donné que l'alimentation était au cœur de mes journées. Vraiment, le rythme de mes journées était dirigé par le rythme de mes repas. C'est quand même toujours plus ou moins le cas je dois le reconnaître* ». Cette phrase met en évidence que la nourriture dépasse la fonction de répondre à la faim : elle organise le temps et l'espace mental. Chez d'autres, cette préoccupation se traduit par une planification très rigoureuse. Madame L explique : « *Tous mes plats sont faits jusque vendredi* ». Elle souligne même le soulagement que cette anticipation lui procure : « *Je sais ce que je dois manger [...] ça me retire tellement de poids* ». Ici, la planification n'est pas seulement un outil pratique : elle semble agir comme un filet de sécurité psychique, lui permettant de réduire l'anxiété face à l'incertitude et semble atténuer la préoccupation concernant les repas. De son côté, Madame E décrit une boucle quotidienne où sport, calories et organisation sont indissociables, à tel point que son compagnon lui reproche de « *Faire passer le sport avant tout* ». Cette remarque souligne que la préoccupation ne se limite pas à un moment de la journée mais façonne l'ensemble du quotidien. Par ailleurs, cette préoccupation peut aussi se prolonger après l'acte de manger. Madame L résume cette attention continue par une formule significative : « *J'y réfléchissais toujours indirectement* ». Ce « *petit coin de la tête* » mobilisé en permanence montre que l'alimentation ne se limite pas à des gestes ou à des décisions ponctuelles : elle constitue un axe autour duquel s'articule l'organisation mentale quotidienne.

Conclusion du thème 2

En conclusion, les entretiens mettent en évidence une ambivalence émotionnelle : un plaisir souvent conditionné coexiste avec culpabilité et frustration, surtout lors des écarts. Cette oscillation entre contrôle et écoute de soi s'accompagne d'une préoccupation parfois envahissante, donnant à l'alimentation une fonction régulatrice qui dépasse la simple réponse aux besoins physiologiques. L'affect apparaît ainsi comme un déterminant central, modulant les pratiques et révélant la tension entre recherche de performance, maintien de la santé et quête d'un rapport plus libre à la nourriture. Ces tensions internes s'inscrivent également dans un contexte social, où le regard des autres peut renforcer ou moduler les comportements alimentaires.

1.3 Thème 3 : Manger sous le regard des autres

Le contexte social et le jugement perçu apparaissent comme des éléments influençant fortement les choix alimentaires et les stratégies mises en place pour maintenir le contrôle. Évoquée par six participants sur sept, cette dimension souligne le poids du cadre social dans la manière de se nourrir. Seul Monsieur M n'aborde pas cette question, mettant plutôt l'accent sur la qualité intrinsèque des aliments et une approche plus autonome, sans référence au regard d'autrui. Pour ces six participants, manger n'est pas uniquement une affaire personnelle : c'est aussi un espace où l'on se sait observé, commenté ou comparé. Trois sous-thèmes structurent cette dimension : se comparer, anticiper/éviter, se sentir isolé.

La comparaison

Dans plusieurs récits, l'assiette devient un miroir social. Madame C raconte que lors des repas en groupe avec d'autres étudiants de sa classe « *tout le monde compare les assiettes* », elle dit : « [...] *à chaque fois tout le monde compare un peu tout ce qu'il a dans ses assiettes, si c'est fait maison, etc.* ». Elle explique : « *Parce que si, par exemple, je ne sais pas, quelqu'un dans la classe va manger un beignet ou un truc comme ça, tu as forcément la remarque de quelqu'un qui va dire : Ah, super les diètes, des trucs comme ça* ». La comparaison ne porte pas que sur la qualité, mais aussi sur la quantité : « *Après c'est parce que je me compare tout le temps aux assiettes des autres personnes et je sais que l'équilibre, c'est la moitié de l'assiette en légumes, moi je la respecte de fou donc en fait ça se trouve je mange les quantités qu'il faut mais quand je compare ce que je fais, c'est différent. Donc oui quand je me compare aux autres j'ai beaucoup moins de féculents que les autres, ça je m'en rends compte* » observe-t-elle.

La comparaison ne se limite pas à l'assiette ; elle s'étend au corps. En effet Madame E nous dit : « *à force de voir toutes les copines, les gens autour de soi qui sont bien dans leur peau, qui sont bien en bikini etc., j'aimerais bien être comme elles, je me suis dit moi aussi je veux avoir le même corps aussi qu'elles* ». Elle explique aussi la vision que les autres ont sur elle ainsi que les remarques qu'elle peut recevoir des autres comme « *Oh, t'as maigri, ça te va bien* » ou au contraire « *t'as trop maigri t'es quand même mieux avec 2-3 kg de plus* » va forcément avoir un impact sur sa vision d'elle-même : « *Les remarques des autres me touchent quand même, si on me dit que je suis mieux m'inciter à faire encore plus attention et si on me dit le contraire je suis quand même rassurée que les autres me voient mince même si je ne me vois pas comme ça* ». Madame L nous exprime un sentiment de comparaison déjà présent lors de ces études secondaires : « *En secondaire ça m'arrivait de me comparer, par rapport à ce que les autres*

mangent et de moi me dire si mes amies ne mangent que ça, pourquoi je mangerais plus qu'elles ? Si je veux être comme elles, il faudrait que je mange comme elles, alors que sincèrement, pas du tout. Maintenant, j'essaye de déconstruire ça dans ma tête, mais voilà. C'est vrai que ça faisait et toujours un peu partie de ma vie la comparaison aux autres ».

La comparaison intervient aussi d'un foyer à l'autre : « *Chez le père de mon copain si je devrais vivre là-bas c'est mortel, eux mangent vraiment mal comparé à chez moi, oui c'est sain* » déclare Madame R. Elle ajoute : « *je prépare mon tupperware* » avant d'aller chez son compagnon. Tandis que, chez sa mère, elle adopte sans discussion le repas maison jugé conforme à ses choix alimentaires. À partir de cet extrait, il est plausible d'hypothétiser un double mécanisme : un ajustement du contrôle à la congruence du contexte et une transmission intergénérationnelle des normes. Chez sa mère (normes probablement partagées), Madame R accepte le repas tel quel (contrôle relâché) ; chez le père de son compagnon (repas perçu comme « malsain »), elle renforce le contrôle par anticipation/évitement (préparer sa boîte-repas). Cette dynamique fait écho au sous-thème suivant : anticiper et éviter les situations où le contrôle pourrait être mis à l'épreuve.

Anticiper et éviter la tentation

Pour tenir leurs règles tout en restant sociables, les participants développent des tactiques d'anticipation ou d'évitement. Par exemple, Madame L évite les zones de tentation : « *Si je passe devant les biscuits, je vais avoir envie... donc je n'y passe pas* ». De son côté Madame S achète des chips « *uniquement quand on reçoit* », cantonnant l'aliment « interdit » au registre de l'hospitalité pour ne pas se laisser tenter en semaine et éviter d'en consommer. Madame A, refuse régulièrement des invitations afin de ne pas être tentée « *Je peux refuser des moments sociaux juste parce que je ne pourrais pas contrôler mon alimentation. Et ça permet aussi, c'est un peu bête, mais au boulot, on avait envisagé de préparer des repas en commun. Et du coup, pour moi, ça, ce n'était pas envisageable parce que je ne sais pas ce que les gens préparent* ». Elle explique également, toujours dans cette logique d'évitement : « *Je travaille dans un bureau avec trois autres personnes. Et donc, il y a parfois des pauses ou des goûters organisés par exemple, je sais que ce sont des moments de partages sociaux mais je les évite ces pauses pour ne pas craquer sur ce que les autres pourraient apporter, des pâtisseries ou ce genre de choses.* ». Dans ce même contexte, l'anticipation est également de mise. En effet Madame A nous dit : « *Si je prends un shaker, c'est vraiment pour atteindre mon quota mais aussi potentiellement, si j'ai un tout petit peu faim, ça permet aussi de me caler et de pas craquer au bureau sur d'autres choses* ». Toujours pour illustrer l'anticipation, Madame A par exemple

réfléchit à décaler son repas avant la sortie avec ses amis ou collègues : *« La seule difficulté, c'est encore une difficulté pour moi, c'était aussi dans le questionnaire, c'est pour tout ce qui est moments sociaux, donc les soirées où on va manger pizza ou les choses comme ça. Par exemple, toutes les semaines avec des collègues, on va boire un verre un soir par semaine tous ensemble. Je vais prévoir de manger avant »*. Dans le même esprit, Madame R cuisine des repas pour les ouvriers du chantier familial mais apporte son plat personnel : *« C'est moi qui leur fais leur plat ou quoi pour ceux qui travaillent à la construction de la maison mais moi je mange ma salade et de l'eau et ça me goûte tellement mieux. Comme ça je suis quand même avec tout le monde mais j'évite de manger des choses trop lourdes »* une façon semble-t-il de maîtriser son alimentation tout en partageant le repas collectif. Pour finir, Monsieur M, quand il voyage, anticipe certains choix en fonction de son alimentation : *« Je suis dans une ville, je ne sais pas, demain je vais aller aux Pays-Bas, j'ai faim, je ne vais pas aller au resto, je vais devoir aller dans un supermarché, prendre des aliments, prendre ci, prendre ça et puis me faire mon petit casse-croûte. Ou alors prévoir et prendre quelque chose à manger qui vient de chez moi avant de partir. C'est vrai que généralement je loue plutôt des AirBnb pour me faire manger »*, un moyen pour lui d'éviter l'offre incontrôlable et de rester dans son registre des aliments qu'il nomme comme *« aliments bruts/naturels »*.

Sentiment d'isolement

Derrière les stratégies d'anticipation et d'évitement, plusieurs participants disent se sentir « à part », voire seuls. Être constamment sous le regard (réel ou anticipé) des autres finit par peser émotionnellement. Pour illustrer ce sentiment, Madame L, utilise l'image de l'extraterrestre : *« [...] c'est vrai que des fois, j'ai l'impression d'être un peu un ovni et que ce soit hors norme ce que je fais »*. Ensuite, interrogée sur l'impact social de ses choix, elle ajoute : *« par exemple, moi, du coup, je ne consomme plus du tout d'alcool. Et c'est vrai que socialement, à 22 ans, quand tu sors voir tes potes, tu ne vas pas boire un thé ou un café. Tu vas au bar, boire une bière, un petit mojito sur la terrasse et tout. Ou tu fais des apéros, etc. Et c'est vrai que des fois je me sens un peu à l'écart des autres, différente oui »*. Pour Madame E, les rassemblements familiaux deviennent une épreuve : *« Les repas de famille c'est vrai que ce n'est pas facile pour moi, c'est un vrai stress. Je me sens seule, enfermée dans mes pensées par rapport à ce que je mange, je ne suis plus vraiment présente à table »*. Chez Madame R, l'absence de validation sociale semble accentuer le sentiment de solitude : *« J'aimerais bien que mon entourage m'encourage plus parce que je me sens un peu seule dans mes efforts, eux ne comprennent pas tout ce que je fais. Même si avec ma sœur et ma mère ont fait attention ensemble, je sais pas,*

c'est pas pareil » nous dit-elle. Pour clore ce sous-thème, le cas de Madame S illustre une attitude où elle semblerait privilégier la solitude plutôt que le compromis : « Moi je ne me prive pas de dire que je suis difficile, les gens me qualifient comme ça niveau d'alimentation moi. Mais j'assume, si les gens ne sont pas contents, qu'ils ne m'aiment pas comme ça bah qu'ils partent de ma vie. Mieux vaut être seule que mal accompagnée ! » ajoute-elle en riant. Son propos laisse entendre qu'elle pourrait accepter, voire revendiquer, de prendre ses distances plutôt que d'assouplir ses règles alimentaires.

Conclusion du thème 3

En somme, le regard d'autrui et les contextes sociaux (famille, amis, études/travail, sorties) apparaissent comme des régulateurs du contrôle alimentaire. La comparaison nourrit l'auto-évaluation, tandis que des stratégies d'anticipation et d'évitement permettent de rester sociables sans déroger aux règles, au prix d'un sentiment fréquent d'être « à part ». Le niveau de contrôle varie selon la congruence perçue du contexte : aligné avec leurs normes, il se relâche ; dissonant, il se renforce. Ces dynamiques s'inscrivent elles-mêmes dans un cadre plus large : celui de l'influence familiale sur les repères alimentaires.

1.4 Thème 4 : Transmission familiale autour de l'alimentation

Dans les récits, les habitudes et normes du foyer d'enfance apparaissent comme un cadre de référence implicite. Des continuités sont rapportées par tous les participants, mais certains évoquent aussi, parfois simultanément, des prises de distance (4 participants). Tous mentionnent des influences parentales, à des degrés variables. Ce thème explore la manière dont le milieu familial contribue à façonner le rapport adulte à l'alimentation et se décline en trois axes : normes de santé intériorisées, héritage culinaire et pratiques du foyer, prises de distance et recompositions.

Héritage culinaire

Ce sous-thème renvoie à la reprise quasi intacte des codes alimentaires du foyer. L'héritage est ici perçu comme une base sécurisante sur laquelle s'appuyer à l'âge adulte. En effet, chez plusieurs participants, l'assiette adulte reprend presque à l'identique des éléments du foyer parental : recettes, produits bruts, valorisation du « fait maison ». Madame C l'affirme sans détour : *« C'est exactement ce que je mange là maintenant ; je reprends les recettes de ma mère »*. Elle décrit un impact « *hyper positif* » de l'éducation culinaire parentale : *« On a toujours mangé fait maison avec des produits du coin. [...] Nos goûters, c'étaient des gâteaux*

maison ». Madame R associe directement le modèle maternel à la notion de « *bien manger* » : « *Ma mère fait super bien à manger, c'est sain.* » assure-t-elle, avant de rappeler que « *depuis qu'on est tout petits, on a toujours mangé froid à midi* », un rituel qu'elle perpétue encore aujourd'hui. Ainsi, la cuisine maternelle reste pour elle à la fois gage de qualité et repère organisationnel. Même logique chez Madame S, qui perpétue la logique familiale « *légumes et fruits du jardin* » et la méfiance vis-à-vis de l'industriel : « *L'éducation que j'ai eue, c'était légumes et fruits de saison. Je ne vais pas acheter de la viande en supermarché ni congelée* ». Pour Madame L, la transmission passe par des recettes simples qu'elle reproduit aujourd'hui : « *En y pensant avec toi, c'est vrai que je refais certaines recettes de légumes que ma mère faisait quand j'étais plus petite* ». Dans ces récits, la continuité familiale n'est pas vécue comme une contrainte mais comme un cadre rassurant, où « *bien manger* » se définit avant tout par la qualité supposée des produits et le fait maison.

Normes de santé intériorisées

Ce sous-thème explore la manière dont des règles implicites, souvent non dites, s'incorporent dès l'enfance et deviennent des réflexes adultes. Ici, « *manger sain* » est directement associé à « *préserver sa santé* ». Chez Madame S, l'éducation familiale centrée sur les produits bruts se prolonge aujourd'hui dans un vocabulaire nutritionnel contemporain : « *Je veux manger hyper sainement pour ma santé [...] je mise sur les antioxydants, la détox, le matcha pour me rebooster* ». Mais aussi, elle relie explicitement son assiette actuelle à l'éducation reçue : « *L'éducation que j'ai eue, c'était légumes et fruits du jardin ; je n'achetais pas de viande en supermarché* ». Cette norme de « *produits bruts* » se prolonge aujourd'hui dans une assiette « *à trois quarts de légumes* », où le fast-food est proscrit car jugé « *trop gras, trop salé* ». Chez Madame C, ce sont les discours parentaux qui impriment la norme : « *Ils ont toujours été anti plats préparés, ils ont toujours dit que c'était bourré d'additifs. [...] Le fait maison et le local, ça, ils nous l'ont transmis.* ». Madame E évoque quant à elle l'effet des « *rééquilibrages alimentaires* » vécus avec sa sœur : « *On calculait les quantités qu'on mangeait, il fallait ça de protéines, ça de glucides, etc.* » Aujourd'hui encore, elle explique ne pas pouvoir associer un burger et des frites car inconsciemment, on ne peut pas ». A l'âge adulte, ces règles implicites dictent encore les choix. Madame R affirme que « *Plus tu as une alimentation saine meilleure est ta santé, et ça on me l'a toujours dit depuis que je suis petite donc je le sais* ». Pour Madame L, l'apprentissage a pris la forme d'une obligation de goûter : « *On nous a toujours obligées à goûter et à manger toute notre assiette. C'est manger* ». Dans le foyer d'enfance de

Monsieur M, le contrôle s'opérait via l'éviction : « *Ma mère nous empêchait de manger les bonbons [...] Les gâteaux périmeaient et on finissait toujours par manger des fruits.* ».

Volonté de rupture avec le modèle familial

À l'inverse, ce sous-thème regroupe les récits où la référence familiale sert de contre-modèle. La transmission ne disparaît pas, mais elle devient quelque chose dont il faut se défaire pour construire son propre rapport à l'alimentation. Chez Madame A, cette dynamique est la plus explicite. Elle relie spontanément son rapport actuel à ce qu'elle a observé : « *Je pense que ma famille a eu un impact sur mon alimentation et mon estime de moi aujourd'hui. [...] Ma mère faisait de la boulimie. [...] Elle a toujours eu une image corporelle très délétère d'elle-même. Donc je vivais un peu avec ça tout le temps. Je pense qu'elle m'a transmis toutes ces insécurités.* » Son récit illustre que la transmission ne passe pas uniquement par les repas, mais aussi par les attitudes corporelles et les discours affectifs : régimes extrêmes, chirurgie bariatrique, remarques répétées sur le poids. Cette exposition précoce semble avoir façonné chez elle une vigilance et une responsabilité accrues : « *Du fait que moi j'y arrive, je dois aussi aider les autres. Je n'ai pas le droit de montrer que je n'y arrive pas* ». Elle ajoute s'être « *éduquée pour ne pas refaire les mêmes erreurs* » : elle garde le « *manger sain* », mais bannit la culpabilité et les restrictions yo-yo qui ont « *abîmé les femmes de la famille* ».

Chez d'autres, l'influence se manifeste dans la volonté de rupture. Madame C critique ouvertement les « *périodes de régime* » observées chez ses parents et exprime une crainte « *J'espère ne jamais transmettre ça à mes futurs enfants* ». Madame E situe la coupure au moment de quitter le foyer : « *Je vais arrêter les plats en sauce.* » Madame S revient sur ses années de privation : « *Je me suis beaucoup privée... après je me dis : en fait, il n'y a pas que l'assiette, comme on me l'avait toujours répété mais je commence à déconstruire cette idée que j'avais depuis toujours* ».

Conclusion du thème 4

Dans l'ensemble, ces trajectoires suggèrent que la transmission familiale autour de l'alimentation ne se limite pas à la reprise de pratiques culinaires ; elle véhicule aussi des normes et des valeurs qui peuvent marquer durablement la manière d'envisager le « bien manger ». Sans établir de causalité, les résultats mettent en évidence ces traces à travers trois dynamiques principales : l'héritage culinaire comme base sécurisante, l'intériorisation précoce de normes de santé et, à l'inverse, des volontés de rupture avec le modèle parental. Cette influence reste toutefois modulée par l'histoire de chacun. Pour la plupart des participants, cette

influence reste implicite ; seule Madame A établit explicitement un lien entre son histoire familiale, au-delà de la seule dimension parentale, et son rapport actuel strict à l'alimentation.

1.5 Conclusion transversale

L'analyse des entretiens met en évidence un fil rouge commun : quel que soit leur score à la DOS, les participants décrivent un rapport à l'alimentation marqué par un contrôle élevé. Ce contrôle s'exprime à travers différentes pratiques : compter pour mesurer, prévoir pour organiser, équilibrer apports et dépenses, et sélectionner ce qui est perçu comme le plus bénéfique pour le corps. Ce contrôle, souvent associé à la préservation de la santé et au soutien de la performance physique, s'accompagne d'émotions ambivalentes : plaisir conditionnel, frustration, culpabilité et tension constante entre maîtrise et écoute de soi. Certaines de ces émotions évoquent des schémas acquis dans l'enfance, mais elles ne sont que rarement reliées spontanément à l'éducation alimentaire et apparaissent avant tout comme liées à des choix actuels.

Les récits soulignent également que ce rapport à l'alimentation ne se joue pas uniquement sur un plan individuel : il s'inscrit dans des interactions sociales, où le regard d'autrui peut générer comparaisons, stratégies d'anticipation et sentiment d'isolement. Enfin, des traces familiales apparaissent à travers l'héritage culinaire et les normes de santé intériorisées, parfois accompagnées de prises de distance avec le modèle parental. Ces influences sont rapportées de manière variable et non linéaire, entre continuités et résistances selon les parcours.

Ces résultats, mis en perspective, montrent un rapport à l'alimentation où contrôle, émotions et héritages familiaux se croisent, tout en rappelant que les logiques observées ne se réduisent pas à ce que mesure la DOS et peuvent, pour certains récits, évoquer des dynamiques proches d'autres formes de restriction alimentaire.

Discussion

Dans cette discussion, nous rappelons la question de recherche et examinons dans quelle mesure les résultats y apportent des éléments de réponse, puis nous les mettons en regard de la littérature récente. Bien que le lien entre orthorexie nerveuse et habitudes alimentaires parentales reste encore peu documenté, nous éclairons nos observations à la lumière des travaux existants. Nous revenons ensuite sur nos attentes initiales et les précautions méthodologiques adoptées, avant d'aborder les forces et limites de l'étude et d'en discuter les implications cliniques ainsi que les perspectives de recherche.

1. Question de recherche et interprétation des résultats

L'objectif de notre étude était d'explorer la question suivante : « Dans quelle mesure la perception des habitudes alimentaires parentales influence-t-elle le développement de comportements orthorexiques à l'âge adulte ? ». Notre démarche ne visait pas à établir une causalité linéaire, mais à comprendre comment les participants construisent et mettent en récit ce lien potentiel dans leur propre expérience. L'analyse thématique apporte des éléments nuancés à cette question. Les récits recueillis ne pointent pas vers une relation directe entre habitudes parentales et comportements orthorexiques, mais plutôt vers un enchevêtrement de dimensions : un rapport à l'alimentation très contrôlé, une transmission familiale souvent implicite (davantage cadre de référence que facteur déclencheur) et une forte influence de facteurs contextuels récents tels que les pressions de performance, les discours sur la santé et le contexte social.

Ce constat converge avec plusieurs travaux récents. Mutluer et Yilmaz (2023), à partir de la TOS (*Teruel Orthorexia Scale* ; Barrada et Roncero, 2018), ne trouvent pas d'association globale entre orthorexie nerveuse et contexte familial passé, mais soulignent des signaux faibles pour certains sous-facteurs comme le retrait social (c'est-à-dire des contextes familiaux relativement isolés, avec peu de contacts extérieurs). Si nos résultats ne portent pas directement sur l'enfance, la thématique du lien social apparaît aussi dans les récits adultes, mais davantage à travers l'isolement ressenti dans les interactions actuelles.

À l'inverse, les attitudes alimentaires actuelles mesurées par l'EAT-26 montrent une corrélation forte avec l'ON ($r = 0,57$, $p < .001$), ce qui rejoint notre observation d'une rigidification liée

avant tout à des influences actuelles : stratégies de coping face à l'incertitude ou la pression des normes socioculturelles sur la santé et la performance.

La méta-analyse de Jewell et ses collaborateurs (2023), documente également une association robuste entre insécurité d'attachement (anxiété et évitement) et troubles alimentaires, suggérant qu'un socle relationnel peu sécurisant peut favoriser le recours à des stratégies de contrôle autour de l'alimentation. Ces résultats font écho à nos observations : dans certains récits, comme celui de Madame A, la rigidité alimentaire ne semble pas seulement liée à une règle parentale spécifique, mais plutôt au climat familial dans lequel ces règles et discours ont été vécus. Elle fait elle-même l'hypothèse que ses conduites actuelles prolongent à la fois les comportements visibles de sa mère, les discours implicites sur la minceur et la culture corporelle plus large de sa famille, ce qui suggère que ce sont autant les pratiques que l'atmosphère relationnelle qui marquent l'expérience adulte.

Nos résultats prolongent également les hypothèses de Bóna et son groupe de recherche (2019), en montrant comment ces logiques actuelles interagissent avec des repères familiaux implicites : parfois reprises telles quelles (héritage culinaire, valorisation du fait maison), parfois transformées en règles plus strictes, elles offrent un arrière-plan normatif sur lequel viennent s'ancrer, ou se durcir, les pratiques actuelles.

Un élément saillant réside dans la faible attribution explicite aux habitudes parentales. Tous évoquent des influences familiales, mais une seule participante (Madame A) relie directement son rapport actuel, très contrôlé, à son histoire familiale, en évoquant non seulement les repas mais aussi les attitudes corporelles et les discours affectifs. Pour les autres, la famille apparaît surtout comme un socle de valeurs et de routines (fait maison, rejet de l'industriel, association alimentation-santé), rarement nommées comme causes de leur rigidité actuelle. Cette variabilité rejoint des modèles systémiques (Jewell et al., 2016) qui décrivent la famille comme un contexte plutôt que comme un déterminant unique : dans un climat contenant et flexible, les règles restent modulables ; dans un contexte anxieux ou rigide, elles peuvent se durcir et devenir des conduites de maîtrise. Nos résultats semblent illustrer cette modulation, sans pour autant permettre d'en tirer une relation causale.

Il convient également de souligner que les rapports décrits dans nos entretiens, marqués par un contrôle élevé, des émotions ambivalentes et parfois une restriction sévère, questionnent la

frontière entre orthorexie nerveuse et autres formes de TCA. La DOS, bien qu'actuellement recommandée (Opitz et al., 2020), peine à distinguer ON et anorexie mentale (Parra Fernandez et al., 2019). Le cas de Madame E, dont les verbatims rapportent une restriction importante, des compensations systématiques et une peur de « trop » manger, illustre cette zone de chevauchement. Plusieurs travaux (Barnes et Caltabiano, 2016) montrent que des antécédents de TCA comme des conduites restrictives ou des épisodes hyperphagiques antérieurs, peuvent être « reconfigurés » sous l'idéal de santé et de pureté propre à l'orthorexie. Ce cadre éclaire certaines trajectoires de notre échantillon : Madame A rapporte une période d'hyperphagie, Madame E présente des éléments compatibles avec un profil restrictif proche de l'anorexie, et Madame S décrit une phase antérieure plus stricte. Dans ces cas, l'orthorexie peut se comprendre comme une reconfiguration de préoccupations alimentaires antérieures, désormais justifiées par l'idéal de « santé/pureté ». Cette réflexion rejoint les critiques adressées à la DOS concernant la distinction ON et AM (Parra Fernandez et al., 2019) et souligne la nécessité de combiner des outils de dépistage avec une évaluation clinique pour mieux saisir la spécificité de l'orthorexie nerveuse.

Enfin, la faible verbalisation de l'influence familiale directe peut être comprise à la lumière de la littérature sur les apprentissages implicites et la mémoire autobiographique. Bisogni et son équipe (2007), soulignent que de nombreux « scripts alimentaires » (quoi, quand, comment manger) sont incorporés de manière procédurale et restent difficiles à expliciter a posteriori. Conway et Pleydell-Pearce (2000) rappellent que la mémoire est reconstructive et organisée en fonction des buts actuels, ce qui peut amener à privilégier des explications centrées sur la santé et la performance plutôt que sur des déterminants anciens. Enfin, les travaux sur le récit de soi (McAdams, 2001) indiquent que les adultes tendent à construire des narrations d'agentivité, mettant en avant les choix présents plus que l'héritage familial. Nos données résonnent avec ces modèles : elles suggèrent que des influences familiales, possiblement incorporées de manière implicite, restent en arrière-plan des récits, tandis que les explications mobilisées s'ancrent surtout dans des registres contemporains.

Réflexivité et attentes initiales

Dès la phase de pré-mémoire, notre intérêt s'est nourri du caractère émergent des travaux sur l'orthorexie nerveuse et de notre orientation clinique systémique, qui nous a naturellement conduits à interroger la dimension familiale. Nos attentes initiales s'inscrivaient dans cette logique : nous supposons que plusieurs participants feraient spontanément le lien entre leurs habitudes actuelles et celles observées au sein de leur foyer d'enfance. Cette hypothèse

s'appuyait, entre autres, sur le modèle de socialisation intergénérationnelle de Grusec et Davidov (2010), selon lequel les normes parentales précises (comme celles autour de l'alimentation) sont intériorisées dès l'enfance, ainsi que sur des études longitudinales montrant que des routines alimentaires familiales précoces peuvent être associées à des troubles alimentaires ultérieurs (Krug et al., 2008). Elle reposait également sur l'expérience clinique et les modèles systémiques. Minuchin (1978), dans ses travaux sur les familles de patientes anorexiques, décrit comment les pratiques alimentaires et les règles implicites peuvent fonctionner comme des supports d'équilibre ou de régulation dans la famille, sans constituer pour autant une cause directe du trouble. Dans cette perspective, l'héritage culinaire, les normes de santé intériorisées ou les prises de distance observées dans nos résultats peuvent être compris comme des transmissions de pratiques. Ils peuvent également représenter des éléments de régulation plus larges, ancrés dans l'histoire relationnelle du foyer.

Le décalage entre ces attentes et les résultats nous a amené à questionner notre propre posture de chercheur. L'approche qualitative nous a obligée à ralentir nos interprétations et à rester au plus près des verbatims. Conscients du risque de biais de confirmation, nous avons pris plusieurs précautions méthodologiques : formulation neutre des questions, positionnement tardif des items explicitement centrés sur l'influence parentale, et codage inductif avant toute mise en lien avec la théorie. Malgré cela, notre regard clinique et notre intérêt pour les dynamiques systémiques ont probablement influencé l'analyse, en nous incitant à repérer des liens familiaux implicites même lorsque les récits semblaient avant tout centrés sur l'expérience individuelle et les choix actuels.

Cette réflexivité interroge aussi notre rapport à l'outil de dépistage. Le choix de la Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS), recommandé dans la littérature récente pour sa validité psychométrique supérieure à celle d'échelles plus anciennes comme l'ORTO-15 (Opitz et al., 2020), a orienté notre recrutement vers des profils présentant un haut niveau de contrôle. A posteriori, plusieurs éléments amènent à nuancer ce choix. La DOS ne permet pas de distinguer clairement orthorexie nerveuse et autres formes de restriction, ce que révèlent certains récits proches de l'anorexie. De plus, un score élevé peut aussi refléter un investissement marqué dans l'alimentation saine sans entraîner de coût fonctionnel majeur. Le discours de Madame C, par exemple, bien qu'associé à un score significatif lors du recrutement, met davantage l'accent sur l'équilibre et la continuité familiale que sur une dynamique pathologique. Cette limite méthodologique nous a conduites à préférer des termes descriptifs

comme « rapports hautement contrôlés » plutôt que d'utiliser trop rapidement la catégorie d'orthorexie nerveuse.

Ce retour réflexif met en évidence un point essentiel : l'analyse qualitative n'est jamais neutre. Elle est traversée par nos outils, nos attentes et nos positions théoriques. Le fait que la majorité des participants n'attribue pas directement leurs conduites actuelles à leur histoire familiale ne réfute pas l'hypothèse d'une transmission implicite ; il nous invite plutôt à interroger comment nous posons cette question, comment elle existe dans l'entretien et comment nous l'interprétons dans l'analyse.

2. Forces et limites

2.1 Forces

Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, nous avons relevé quelques forces qui méritent d'être mises en avant. Un premier atout majeur réside dans l'articulation d'un dépistage quantitatif (DOS) et d'une analyse qualitative approfondie. Ce croisement méthodologique a permis d'identifier des profils à risque orthorexique tout en explorant le vécu subjectif des participants, offrant une compréhension nuancée phénomène. Dans le cadre du projet collectif « *L'orthorexie : un nouveau trouble alimentaire en psychologie clinique* », majoritairement orienté vers des données quantitatives, ce choix d'une approche qualitative a apporté un éclairage complémentaire sur la dimension vécue et relationnelle des rapports orthorexiques.

L'utilisation de la DOS, malgré ses limites, reste une force relative : ses propriétés psychométriques, jugées plus solides que celles de l'ORTO-15 (Opitz et al., 2020), ont permis de cibler des profils correspondant à la problématique étudiée et de réduire certains biais de mesure. Enfin, la richesse et la diversité des récits recueillis, marqués par une forte densité émotionnelle, ont permis de dépasser les scores chiffrés et de mettre en lumière la complexité des rapports à l'alimentation.

2.2 Limites

Cependant, plusieurs limites doivent être soulignées. La première concerne la taille réduite de l'échantillon ($N = 7$), en deçà de l'objectif initial (10 à 15 participants) et de ce qui est généralement recommandé pour atteindre la saturation théorique (Sawadogo, 2021). Ce nombre restreint limite la diversité des trajectoires observées et appelle à interpréter les résultats avec prudence. À cela s'ajoute l'homogénéité relative des profils : la majorité des participants étaient

jeunes, féminins et issus de contextes sportifs ou diététiques, ce qui restreint la transférabilité des résultats à d'autres populations (personnes plus âgées, masculines ou éloignées des milieux où la performance corporelle est valorisée).

Une autre limite concerne l'outil de dépistage. Si la DOS présente des atouts, elle ne distingue pas clairement orthorexie nerveuse et autres formes de restriction et ne permet pas non plus de différencier une orthorexie pathologique d'un investissement fort sans coût fonctionnel significatif. Cette ambiguïté plaide pour l'associer à d'autres instruments dans de futurs travaux.

La posture du chercheur constitue également une limite importante. Bien que la formation universitaire ait offert un cadre théorique solide, nous n'avons pas suivi de cours spécifique d'analyse thématique, le projet ayant été initialement pensé dans une optique quantitative. L'approche qualitative s'est imposée en cours de route comme plus adaptée pour saisir l'expérience vécue des participants. Cela a nécessité un apprentissage rapide de la méthode, via des lectures méthodologiques et un travail d'autoformation pour maîtriser les étapes de codage et d'interprétation des discours. Ce contexte a sans doute influencé certaines étapes de l'analyse, malgré les allers-retours constants aux verbatims destinés à ancrer l'interprétation dans les données.

Le taux de complétude du questionnaire est resté modeste (171 ouvertures pour 63 complétions). Plusieurs facteurs plausibles peuvent l'expliquer : manque d'identification au contenu des items (la relation rigide à la « nourriture saine » ne parlant pas à toutes les personnes attirées par le titre), baisse de motivation en cours de route, sensibilité du thème (alimentation/santé mentale) et contraintes pratiques. L'hypothèse d'un déficit de pertinence perçue paraît particulièrement vraisemblable ici, la DOS ciblant un profil spécifique. Ce biais de sélection a probablement conduit à une sur-représentation de personnes se reconnaissant dans un haut niveau de contrôle et déjà à l'aise avec un discours normatif sur la santé, laissant possiblement dans l'ombre des expériences plus ambivalentes ou moins verbalisées.

Enfin, la méthode de collecte elle-même comporte des limites. Le recrutement sur la base du volontariat expose à un biais de sélection et l'ensemble des données repose sur l'auto-rapport. Les récits autobiographiques sont, par nature, reconstitutifs et peuvent être influencés par un désir de se présenter sous un jour favorable (biais de désirabilité sociale) ou par la tendance à organiser son histoire de manière cohérente, parfois plus linéaire que la réalité vécue (Conway

et Pleydell-Pearce, 2000 ; McAdams, 2001). Ces éléments appellent à interpréter les résultats avec prudence, tout en rappelant qu'ils offrent des pistes précieuses pour comprendre comment les conduites orthorexiques s'inscrivent dans des dynamiques familiales et actuelles autour de l'alimentation.

3. Perspectives de recherche et pistes cliniques

Cette étude ouvre plusieurs pistes pour des travaux futurs. D'abord, élargir et diversifier l'échantillon constituerait une étape clé. Inclure des participants d'âges, de genres et de contextes plus variés, notamment en dehors des environnements sportifs ou diététiques, permettrait de vérifier si les thèmes observés se retrouvent dans d'autres milieux et d'augmenter la transférabilité des résultats. L'association de la DOS à d'autres mesures apparaît également nécessaire. Combiner cet outil avec des échelles évaluant, par exemple, le perfectionnisme, la régulation émotionnelle ou l'intolérance à l'incertitude, ainsi qu'avec un entretien clinique standardisé, permettrait de mieux distinguer orthorexie nerveuse, orthorexie « saine » et autres formes de restriction alimentaire. Un suivi longitudinal apporterait, par ailleurs, des données précieuses sur l'évolution de ces pratiques dans le temps et sur les facteurs favorisant leur assouplissement ou leur rigidification. Un autre axe de recherche réside dans l'exploration des influences sociales actuelles. Plusieurs participants ont évoqué l'impact des réseaux sociaux sur la planification alimentaire et la comparaison corporelle ; ce levier mériterait d'être étudié de manière systématique. Enfin, intégrer des mesures d'attachement et d'évaluation du climat familial (qualité du lien, contrôle psychologique, flexibilité des règles) permettrait de préciser le rôle de l'environnement relationnel et de mieux comprendre comment il interagit avec les pressions socioculturelles actuelles.

Sur le plan clinique, nos résultats mettent en évidence que la rigidité alimentaire s'accompagne souvent d'un besoin de contrôle et d'une faible tolérance à l'incertitude. Les approches recommandées visent moins à supprimer une règle isolée qu'à développer une flexibilité globale dans le rapport à l'alimentation. Des travaux comme ceux de Koven et Abry (2015) et de Cena et ses collaborateurs (2018), suggèrent l'importance de travailler sur l'assouplissement des règles alimentaires tout en maintenant un sentiment de sécurité, plutôt que sur l'abandon brutal de celles-ci. Une autre implication clinique réside dans la nécessité de clarifier, avec les patients, la frontière entre pratiques de santé et comportements de contrôle rigide, afin de diminuer l'anxiété liée aux écarts et d'encourager une relation plus fluide aux repas (Brytek-Matera et al., 2022). Enfin, plusieurs résultats plaident pour impliquer l'entourage dans la prise

en charge : non pas comme facteur causal mais comme ressource de soutien pour sécuriser les repas et accompagner la construction de règles plus souples. Dans une lecture systémique, cela implique de considérer différents sous-systèmes familiaux (parental, fraternel, conjugal selon les situations) et la manière dont chacun participe à la régulation autour de l'alimentation. Les modèles systémiques (Jewell et al., 2016) rappellent que la fonction contenante de la famille peut être mobilisée pour soutenir la flexibilité plutôt que renforcer le contrôle. Travailler avec ces sous-systèmes permettrait d'agir non seulement sur les pratiques alimentaires mais aussi sur la dynamique relationnelle qui les soutient.

Conclusion

Ce travail de fin d'études nous a permis d'explorer une problématique encore émergente : l'orthorexie nerveuse et ses liens possibles avec les habitudes alimentaires familiales. Alors que des troubles comme l'anorexie ou la boulimie sont largement documentés, l'orthorexie reste moins connue et suscite un intérêt croissant en clinique et en recherche. Dans ce contexte, nous avons choisi d'interroger la manière dont les participants perçoivent l'influence de leurs habitudes alimentaires parentales dans leur propre rapport à l'alimentation. Notre démarche qualitative visait à donner voix à ces expériences singulières, en ancrant l'analyse dans les verbatims et en évitant toute conclusion causale. La prudence a guidé l'interprétation : la DOS ne permet ni de poser un diagnostic ni de distinguer clairement orthorexie saine et orthorexie nerveuse, et certains récits recourent des dimensions proches de l'anorexie mentale. C'est pourquoi nous avons choisi de parler finalement de «rapports hautement contrôlés à l'alimentation» plutôt que de trouble orthorexique au sens strict, afin de rester fidèles à la complexité clinique du phénomène.

Au-delà des résultats, ce travail ouvre plusieurs pistes. Sur le plan de la recherche, l'élargissement de l'échantillon, l'ajout de mesures complémentaires (perfectionnisme, attachement, régulation émotionnelle) et un suivi longitudinal permettraient de mieux distinguer orthorexie nerveuse et autres formes de restriction. Sur le plan clinique, nos observations soulignent l'importance de travailler la flexibilité dans le rapport à l'alimentation et de mobiliser l'environnement relationnel comme ressource de soutien plutôt que comme cause.

En adoptant une approche inductive, nous avons laissé émerger des thèmes et sous-thèmes issus de la parole recueillie, offrant une lecture nuancée où s'entrecroisent normes familiales, influences socio-culturelles et quête individuelle de maîtrise. Ces résultats viennent ainsi enrichir la réflexion sur l'orthorexie et, plus largement, sur les dynamiques intergénérationnelles à l'œuvre dans certains troubles du comportement alimentaire.

Enfin, cette étude rappelle que l'alimentation dépasse la simple réponse à un besoin physiologique : elle s'inscrit au croisement de la santé, des normes sociales et des dynamiques familiales. S'intéresser aux comportements alimentaires, c'est aussi explorer les interactions et les systèmes dans lesquels ils prennent sens.

Bibliographie

- Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-Year-Old Girls' Ideas About Dieting are Predicted by Their Mothers' Dieting. *Journal Of The American Dietetic Association*, 100(10), 1157-1163. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(00\)00339-4](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(00)00339-4)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrianaly, G. (2025, 3 juin). La qualité de l'alimentation des enfants est liée aux habitudes alimentaires de leur père. www.pourquoidocteur.fr.
<https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/51703-La-qualite-l-alimentation-enfants-liee-habitudes-alimentaires-de-pere>
- Athanasaki, D., Lakoumentas, J., Milani, G. P., Agostoni, C., Berghea, F., Ionescu, M. D., & Vassilopoulou, E. (2023). Maternal Bonding as a Protective Factor for Orthorexia Nervosa Risk in Dietetics Students. *Nutrients*, 15(16), 3577.
<https://doi.org/10.3390/nu15163577>
- Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 22(1), 177-184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional Structure of the Orthorexia : Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283.
<https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>
- Barthels, F., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PLoS ONE*, 14(7), e0219609.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219609>
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2016). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 22(2), 269-276. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0329-x>
- Berge, J. M., Christoph, M. J., Winkler, M. R., Miller, L., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Cumulative Encouragement to Diet From Adolescence to Adulthood : Longitudinal Associations With Health, Psychosocial Well-Being, and Romantic Relationships. *Journal Of Adolescent Health*, 65(5), 690-697.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.002>

- Berge, J. M., Hazzard, V. M., Trofholz, A., Noser, A. E., Hochgraf, A., & Neumark-Sztainer, D. (2023). Longitudinal associations between family meal quality and quantity : Does one matter more for child, parent, and family health and well-being or are they synergistic ? *Appetite*, 191, 107080. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107080>
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 539–549.
- Birch, L. L., & Anzman, S. L. (2010). Learning to eat in an obesogenic environment: a developmental systems perspective on childhood obesity. *Child Development Perspectives*, 4(2), 138-143.
- Bisogni, C. A., Jastran, M., Shen, L., & Devine, C. M. (2005). A Biographical Study of Food Choice Capacity : Standards, Circumstances, and Food Management Skills. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 37(6), 284-291. [https://doi.org/10.1016/s1499-4046\(06\)60158-9](https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60158-9)
- Bóna, E., Túry, F., & Forgács, A. (2019b). Evolutionary aspects of a new eating disorder : Orthorexia nervosa in the 21st century. *Psychological Thought*, 12(2), 152-161. <https://doi.org/10.5964/psyct.v12i2.356>
- Bratman, S., & Knight, D. J. (2000). *Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. https://openlibrary.org/books/OL8064432M/Health_Food_Junkies_Orthorexia_Nervosa
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders : obesity, anorexia nervosa, and the person within*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA66020603>
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive–compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 55–60.
- Brytek-Matera, A., Pardini, S., Szubert, J., & Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes, Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults. *Nutrients*, 14(6), 1289. <https://doi.org/10.3390/nu14061289>
- Caillot, C., & Gustafsson, S. (2016). Living with a sibling who suffers from an eating disorder: a pilot interview study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 615–622. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s115934>

- Carbonneau, N., Hamilton, L., & Musher-Eizenman, D. R. (2021). From dieting to delight: Parenting strategies to promote children's positive body image and healthy relationship with food. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 62(2), 204–212. <https://doi.org/10.1037/cap0000274>
- Cardon, P. (2018). La cuisine des familles au prisme des recommandations nutritionnelles. *Revue des Politiques Sociales et Familiales*, 129(1), 25-36. <https://doi.org/10.3406/caf.2018.3319>
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. (2018). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
- Ciciolla, L., & Luthar, S. S. (2019). Invisible Household Labor and Ramifications for Adjustment : Mothers as Captains of Households. *Sex Roles*, 81(7-8), 467-486. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-1001-x>
- Coffman, D. L., Balantekin, K. N., & Savage, J. S. (2016). Using Propensity Score Methods To Assess Causal Effects of Mothers' Dieting Behavior on Daughters' Early Dieting Behavior. *Childhood Obesity*, 12(5), 334-340. <https://doi.org/10.1089/chi.2015.0249>
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent : acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie Familiale*, Vol. 34(1), 39-67. <https://doi.org/10.3917/tf.131.0039>
- Conner, M., & Armitage, C. J. (2006). Social psychological models of food choice. Dans *The psychology of food choice* (pp. 41-57). Eds. Shepherd & Raats.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288 <https://doi.org/10.1037/0033-295x.107.2.261>
- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K., & Gibbs, K. (2017). Orthorexia nervosa: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980–988. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1371816>
- Dajon, M. (2023). L'orthorexie: D'une pathologie de la modernité à une clinique innovante? Évaluation, accompagnement thérapeutique et trajectoires de vie. *Bulletin de Psychologie*, Numéro 579(1), 59–63. <https://doi.org/10.3917/bupsy.579.0059>
- Dajon, M., Delpech, L., & Sudres, J. (2020). Validation de l'Échelle Française d'Orthorexie. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(1), 191–205.

- <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.09.001>
- Dajon, M., Sudres, J., & Bouchard, J. (2020). L'orthorexie: Actualité et soins d'une pathologie de la modernité. *La Revue de l'Infirmière*, 70(267), 37–39.
<https://doi.org/10.1016/j.revinf.2020.11.013>
- Dajon, M., & Sudres, J. (2022). Histoires d'orthorexie: Expressions d'une obsession de l'alimentation au sein d'une trajectoire de vie. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 57(2), 117–127. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2022.01.005>
- Dallacker, M., Knobl, V., Hertwig, R., & Mata, J. (2023). Effect of Longer Family Meals on Children's Fruit and Vegetable Intake. *JAMA Network Open*, 6(4), e236331. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6331>
- Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S., Hilzendegen, C., & Stroebele-Benschop, N. (2016). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 22(1), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0334-0>
- De Saint Pol, T. (2017). Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales. *L'Année Sociologique*, 67(1), 11–22.
<https://doi.org/10.3917/anso.171.0011>
- Dickson-Spillmann, M., & Siegrist, M. (2010). Consumers' knowledge of healthy diets and its correlation with dietary behaviour. *Journal Of Human Nutrition And Dietetics*, 24(1), 54–60. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277x.2010.01124.x>
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 9(2), 151–157. <https://doi.org/10.1007/bf03325060>
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Dupuy, A., & Poulain, J. (2008). Le plaisir dans la socialisation alimentaire. *Enfance*, Vol. 60(3), 261–270. <https://doi.org/10.3917/enf.603.0261>
- Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later : Findings From Project EAT. *Journal Of Adolescent Health*, 47(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030>
- Elfhag, K., & Linné, Y. (2005). Gender Differences in Associations of Eating Pathology

- between Mothers and Their Adolescent Offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.125>
- Eriksson, N., Wu, S., B, C., DO, Kiefer, A. K., Tung, J. Y., Mountain, J. L., Hinds, D. A., & Francke, U. (2012). A genetic variant near olfactory receptor genes influences cilantro preference. *Flavour*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2044-7248-1-22>
- Fismen, A., Smith, O. R. F., Samdal, O., Helleve, A., & Haug, E. (2020). Associations between family structure and adolescents' food habits. *Public Health Nutrition*, 25(3), 702–709. <https://doi.org/10.1017/s1368980020004334>
- Francis, L. A., Hofer, S. M., & Birch, L. L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style : maternal and child characteristics. *Appetite*, 37(3), 231-243. <https://doi.org/10.1006/appe.2001.0427>
- Fugh-Berman, A. (2001). Health Food Junkies : Orthorexia Nervosa : Overcoming the Obsession With Healthful Eating. *JAMA*, 285(17), 2255-2256. <https://doi.org/10.1001/jama.285.17.2255-a>
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Winter Falk, L. (1996). Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite*, 26(3), 247-266.
- Gerges, S., Azzi, V., Bianchi, D., Laghi, F., Pompili, S., Malaeb, D., Obeid, S., Soufia, M., & Hallit, S. (2023). Exploring the relationship between dysfunctional metacognitive processes and orthorexia nervosa: The moderating role of emotion regulation strategies. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05183-z>
- Gortat, M., Samardakiewicz, M., & Perzyński, A. (2021). Orthorexia nervosa – a distorted approach to healthy eating. *Psychiatria Polska*, 55(2), 421–433. <https://doi.org/10.12740/PP/125387>
- Goutaudier, N., & Rousseau, A. (2019). L'orthorexie: Une nouvelle forme de trouble des conduites alimentaires? *La Presse Médicale*, 48(10), 1065–1071. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.07.005>
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children : a prospective analysis. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-55>
- Grusec, J. E., & Davidov, M. (2010). Integrating Different Perspectives on Socialization Theory and Research : A Domain-Specific Approach. *Child Development*, 81(3), 687-709. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01426.x>
- Hanras, E., Boujut, E., Ruffault, A., Messenger, D., Rives-Lange, C., Barsamian, C., Carette, C.,

- Lucas-Martini, L., Czernichow, S., & Dorard, G. (2022). Binge eating disorder : What are the differences in emotion regulation, impulsivity, and eating behaviors according to weight status ? *Obesity Medicine*, 36, 100462. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100462>
- Hering, T., Schulze-Schweifing, S., & Vocks, S. (2021). Is Orthorexia Nervosa a Transdiagnostic Eating Behavior? *Eating and Weight Disorders*, 26(4), 1163–1172.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jabs, J., & Devine, C. M. (2006). Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*, 47, 196-204.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders : A Critical Review. *Family Process*, 55(3), 577-594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
- Jewell, T., Apostolidou, E., Sadikovic, K., Tahta-Wraith, K., Liston, S., Simic, M., Eisler, I., Fonagy, P., & Yorke, I. (2023). Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls : A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Eating Disorders*, 56(5), 888-908. <https://doi.org/10.1002/eat.23922>
- Johnson, S., McPhee, L., & Birch, L. (1991). Conditioned preferences: young children prefer flavors associated with high dietary fat. *Physiology & Behavior*, 50(6), 1245–1251.
- Johnson, S. L. (2016). Developmental and Environmental Influences on Young Children's Vegetable Preferences and Consumption. *Advances In Nutrition*, 7(1), 220S-231S. <https://doi.org/10.3945/an.115.008706>
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. *Obesity*, 14(3), 431-439. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.57>
- Kabir, A., Miah, S., & Islam, A. (2018). Factors influencing eating behavior and dietary intake among resident students in a public university in Bangladesh: A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(6), e0198801. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198801>
- Klein, K. M., Brown, T. A., Kennedy, G. A., & Keel, P. K. (2017). Examination of parental dieting and comments as risk factors for increased drive for thinness in men and women at 20-year follow-up. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(5), 490-497. <https://doi.org/10.1002/eat.22599>
- Koven, N. S., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia

- nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3(2), 214–222.
<https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.32019>
- Koven, N., & Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 385.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., Di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., & Fernández-Aranda, F. (2008). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence : a multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal Of Nutrition*, 101(6), 909-918.
<https://doi.org/10.1017/s0007114508047752>
- Leventakou, V., Sarri, K., Georgiou, V., Chatzea, V., Frouzi, E., Kastelianou, A., Gatzou, A., Kogevinas, M., & Chatzi, L. (2015). Early life determinants of dietary patterns in preschool children: Rhea mother–child cohort, Crete, Greece. *European Journal of Clinical Nutrition*, 70(1), 60–65. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2015.93>
- Lundkvist, P., Fjellström, C., Sidenvall, B., Lumbers, M., & Raats, M. (2010). Management of healthy eating in everyday life among senior Europeans. *Appetite*, 55(3), 616–622.
- Maurice, A. (2015). Manger à la maison sous le poids des normes. Les négociations familiales autour de l'alimentation. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 37(1), 115–136. <https://doi.org/10.3917/rief.037.0115>
- McAdams, D. P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review Of General Psychology*, 5(2), 100-122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50–75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA13169380>
- Missbach, B., Dunn, T. M., & König, J. S. (2016). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test and Associated Tendencies”. *Appetite*, 108, 521–524.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.07.010>
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2014). Microthinking About Micronutrients : A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Mutluer, G., & Yilmaz, D. (2023). Relationship Between Healthy Eating Fixation (Orthorexia)

- and Past Family Life, and Eating Attitudes in Young Adults. *American Journal of Health Education*, 54(2), 155–167. <https://doi.org/10.1080/19325037.2022.2163010>
- Neumark-Sztainer, D., Larson, N. I., Fulkerson, J. A., Eisenberg, M. E., & Story, M. (2010). Family meals and adolescents : what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens) ? *Public Health Nutrition*, 13(7), 1113-1121. <https://doi.org/10.1017/s1368980010000169>
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family Weight Talk and Dieting : How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls ? *Journal Of Adolescent Health*, 47(3), 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.001>
- Nicolosi, G., & Ruivenkamp, G. (2012). Re-skilling the social practices: Open source and life—Towards a commons-based peer production in agro-biotechnology? *Science and Engineering Ethics*, 19(3), 1181–1200. <https://doi.org/10.1007/s11948-012-9405-4>
- Ogle, J. P., & Park, J. (2017). Maternal Experiences of Parenting Girls who are Perceived as Overweight or at Risk for Becoming So : Narratives of Uncertainty, Ambivalence and Struggle. *Children & Society*, 32(4), 325-340. <https://doi.org/10.1111/chso.12258>
- Opitz, M., Newman, E., Mellado, A. S. A. V., Robertson, M. D., & Sharpe, H. (2020). The psychometric properties of Orthorexia Nervosa assessment scales : A systematic review and reliability generalization. *Appetite*, 155, 104797. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104797>
- Pallister, T., Sharafi, M., Lachance, G., Pirastu, N., Mohny, R. P., MacGregor, A., Feskens, E. J. M., Duffy, V., Spector, T. D., & Menni, C. (2015). Food Preference Patterns in a UK Twin Cohort. *Twin Research and Human Genetics*, 18(6), 793–805. <https://doi.org/10.1017/thg.2015.69>
- Parra-Fernández, M. L., Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Muñoz, J. J., & Fernández-Martínez, E. (2019). Adaptation and validation of the Spanish version of the DOS questionnaire for the detection of orthorexic nervosa behavior. *PLoS ONE*, 14(5), e0216583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216583>
- Paul, I. M., Williams, J. S., Anzman-Frasca, S., Beiler, J. S., Makova, K. D., Marini, M. E., Hess, L. B., Ruzicidlo, S. E., Verdiglione, N., Mindell, J. A., & Birch, L. L. (2014). The Intervention Nurses Start Infants Growing on Healthy Trajectories (INSIGHT) study. *BMC Pediatrics*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-184>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology : A primer on

- research paradigms and philosophy of science. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Poulain, J. (2013). *Sociologies de l'alimentation*. <https://doi.org/10.3917/puf.poul.2013.01>
- Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety: An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.024>
- Rienecke, R. D., Trotter, X., & Jenkins, P. E. (2024). A systematic review of eating disorders and family functioning. *Clinical Psychology Review*, 112, 102462. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102462>
- Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults : A review. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 137-151. <https://doi.org/10.1002/erv.907>
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Roncero, C. (2021). The Influence of Parenting Style on Orthorexia Nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 26(3), 961–970.
- Rozin, P. (2007). Food and eating. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 447–477). New York, NY: Guilford Press.
- Rozin, P. (2007). Food choice: An introduction. Dans *Understanding consumers of food choice*, Eds. Frewer & Van Trijp, 1-29.
- Ruggiero, C. F., Moore, A. M., Marini, M. E., Kodish, S. R., McHale, S. M., & Savage, J. S. (2022). A mixed methods study of siblings' roles in maternal feeding practices in early childhood: an application of the learning from experience process. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01302-3>
- Sawadogo, H. P. (2021). *Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées*. Dans *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
- Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 74–82. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200001\)27:1](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1)
- Selvini, M., Palazzoli, M. S., Allegra, G., Babando, R., Basile, P., Bedarida, L., Gogliani, A.,

- Mancini, A., Panico, D., Pasin, E., & Serra, T. (2003). Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 ? *Thérapie Familiale*, 24(4), 381. <https://doi.org/10.3917/tf.034.0381>
- Sobal, J., Bisogni, C. A., Devine, C. M., & Jastran, M. (2006). A conceptual model of the choice process over the life course. Dans *The psychology of food choice*, Eds. Shepherd & Raats, 1-18.
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Van Der Horst, K. (2012). Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*, 58(2), 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.12.019>
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103–111.
- Vink, J. M., Van Hooijdonk, K. J. M., Willemsen, G., Feskens, E. J. M., & Boomsma, D. I. (2020). Causes of Variation in Food Preference in the Netherlands. *Twin Research and Human Genetics*, 23(4), 195–203. <https://doi.org/10.1017/thg.2020.66>
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 64(3), 259-265. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.146>
- Williams, K. C., & Page, R. A. (2011). Marketing to generations. *Journal of Behavioral Studies in Business*, 1-17.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien individuel semi-structuré

Perception du lien entre l'alimentation actuelle et les habitudes alimentaires parentales

Présentation : Cet entretien individuel s'inscrit dans le cadre d'un travail de fin d'études en psychologie. Il fait suite au questionnaire en ligne que vous avez précédemment complété, et pour lequel vous avez accepté de participer à cette seconde étape. Il a pour objectif d'explorer votre vécu et votre relation avec l'alimentation, ainsi que votre perception des habitudes alimentaires présentes dans votre famille au cours de votre enfance et/ou adolescence jusqu'à l'heure actuelle. Plus précisément, cet entretien vise à mieux comprendre s'il existe, selon vous, un lien entre votre alimentation actuelle et les habitudes alimentaires que vous avez observées de vos parents.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : ce sont vos expériences et perceptions qui m'importent. Vos réponses sont anonymes et resteront strictement confidentielles. L'entretien dure environ une heure.

N'hésitez pas à poser des questions si vous en avez, et à me dire si une question n'est pas claire ou si vous souhaitez y revenir plus tard.

A. Relation à l'alimentation	<ul style="list-style-type: none">- Pourriez-vous me parler de vos habitudes alimentaires actuelles ? <p><i>Questions pour approfondir :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Décrivez-moi une de vos journées type en matière d'alimentation.- Expliquez-moi ce qui vous guide dans vos choix alimentaires.- Décrivez-moi comment vous choisissez les aliments que vous consommez au quotidien.
B. Vécu de l'orthorexie	<ul style="list-style-type: none">- Comment vous sentez-vous par rapport à votre alimentation ? <p><i>Question pour approfondir :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Quels sont les avantages et les inconvénients de votre mode d'alimentation ?
C. Causes perçues de l'orthorexie	<ul style="list-style-type: none">- A partir de quand, avez-vous eu l'impression de commencer à accorder autant d'attention à votre alimentation ?- D'après vous, quels éléments ont contribué au développement de ce rapport à la nourriture ?

<p>D. Pratiques alimentaires parentales</p> <p><i>Perception de l'influence des habitudes alimentaires parentales</i></p>	<p><i>Si le participant aborde spontanément le rôle de certains facteurs familiaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière pensez-vous que cela a pu vous influencer ? - Comment décririez-vous les habitudes alimentaires de vos parents ? <p>Si le participant n'aborde pas spontanément le rôle de certains facteurs familiaux :</p> <p>« Selon certaines recherches, il est possible qu'il y ait un lien entre les habitudes alimentaires des parents et une attitude très stricte par rapport à la nourriture à l'âge adulte... »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de ces résultats ? - Si oui, de quelle manière pensez-vous que cela a pu vous influencer ? - Si non, selon vous, comment expliquez-vous que les habitudes alimentaires parentales exercent une influence sur certaines personnes, mais pas sur vous ?
---	---

Annexe 2 : Formulaire de consentement pour les participants



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education
Comité d'éthique

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY
CO-PRESIDENT : David STAWARCIYK
SECRETAIRE : Anne-Lise LECLERCQ

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Quelle est la relation perçue par les participants entre les habitudes alimentaires de leurs parents et le développement de leur orthorexie ?
Chercheur responsable	Dobbelaere Nora
Promoteur	Etienne Anne-Marie
Service et numéro de Téléphone de contact (ULiège)	Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education / Département de Psychologie / Psychologie de la Santé +32 4 3669863

Je, soussigné(e) déclare :

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche

mais je n'aurai aucun retour concernant mes performances personnelles.

- la présente étude ne constitue pas un bilan psychologique ou logopédique à caractère diagnostic.
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche.
- des données me concernant seront récoltées pendant ma participation à cette étude et que le mémorant responsable et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données. Je conserve le droit de regard et de rectification sur mes données personnelles (données démographiques). Je dispose d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant mes données personnelles, droits que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise et qui contient plus d'information quant au traitement de mes données à caractère personnel. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de mes données à caractère personnel. Je dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).
- les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de une année.

Je consens à ce que :

- les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques à destination de la communauté scientifique travaillant dans le domaine de recherche du présent projet.
- mes données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

J'autorise le chercheur responsable à m'enregistrer / me filmer à des fins de recherche : OUI - NON

Je consens à ce que cet enregistrement soit également utilisé à des fins :

- d'enseignement (par exemple, présentation dans le cadre de cours) : OUI - NON
- de formation (y compris sur le site intranet de l'Unité de psychologie, uniquement accessible par un identifiant et un mot de passe) : OUI - NON

- cliniques : OUI-NON

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour être participant à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

Chercheur responsable

- Je soussigné, **Dobbelaere Nora**, chercheuse responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur mon étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement au participant.
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom du chercheur responsable

Date et signature

Dobbelaere Nora



Annexe 3 : Avis favorable du comité d'éthique



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY

CO-PRESIDENT : David STAWARCZYK

SECRETAIRE : Anne-Lise LECLERCQ

Avis du Comité d'éthique sur un projet de recherche déposé à la Faculté

Madame Etienne Anne-Marie,

Votre projet :

Titre : « **L'orthorexie nerveuse : un nouveau trouble alimentaire en psychologie clinique.** »

Référence du dossier (à rappeler dans toute communication) : **2425-043**

a reçu un avis favorable par le comité d'éthique de la FPLSE.

Rappels :

- Les objectifs réels d'une recherche ne peuvent être dissimulés aux participants que dans le respect le plus strict du code APA. Conformément à ce code, les psychologues ne peuvent réaliser d'études où les participants sont trompés sauf s'ils estiment que l'utilisation d'une « tromperie » est justifiée d'un point de vue scientifique et qu'il n'existe pas d'alternative. Par ailleurs, les psychologues ne peuvent tromper les participants s'ils pensent que la tromperie peut être nuisible aux plans physique ou émotionnel. Enfin, les psychologues doivent informer le plus vite possible les participants qu'ils ont été trompés, de préférence dès la fin de la passation et en tout cas avant la fin du recueil total des données ; les participants peuvent, s'ils le désirent, demander que les données qui les concernent ne soient pas incluses dans le total des données de la recherche.
- La participation des sujets à une recherche ne peut débuter qu'après que :
 - le chercheur a reçu le formulaire de consentement éclairé signé des participants.

En vous souhaitant beaucoup de succès dans votre recherche, je vous prie d'agréer l'expression de nos sentiments distingués

Date : 26/02/2025

La Présidente du Comité

Sylvie BLAIRY

Le Co-Président du Comité

David STAWARCZYK

Annexe 4 : Echelle utilisée pour le recrutement (DOS)

Version originale : Barthels et al., *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2015)
Adaptation et validation française : Lasson et al., *Eating and Weight Disorders* (2021)

Validation française de la « Düsseldorf Orthorexie Skala »

1. Manger de la nourriture bonne pour la santé est plus important pour moi que le plaisir.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait
2. J'ai établi des règles alimentaires auxquelles j'adhère.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait
3. Je peux apprécier la nourriture seulement si elle est considérée comme bonne pour la santé.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait
4. J'évite d'aller manger chez des amis lorsqu'ils ne veillent pas à avoir une alimentation saine.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait
5. Je trouve positif de faire plus attention que les autres à avoir une alimentation saine.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait
6. Lorsque je mange quelque chose qui n'est pas bon pour la santé, je m'en veux.
☐ Pas du tout
☐ Plutôt non
☐ Plutôt oui
☐ Tout à fait

7. J'ai l'impression d'être exclu(e) par mes amis et mes collègues à cause de mon régime alimentaire strict.
- ☐ Pas du tout
 - ☐ Plutôt non
 - ☐ Plutôt oui
 - ☐ Tout à fait
8. Mes pensées sont centrées en permanence sur l'alimentation saine et j'organise ma journée en fonction de cela.
- ☐ Pas du tout
 - ☐ Plutôt non
 - ☐ Plutôt oui
 - ☐ Tout à fait
9. Il m'est difficile de transgresser mes règles alimentaires.
- ☐ Pas du tout
 - ☐ Plutôt non
 - ☐ Plutôt oui
 - ☐ Tout à fait
10. Je me sens déprimé(e) lorsque je mange quelque chose de mauvais pour la santé.
- ☐ Pas du tout
 - ☐ Plutôt non
 - ☐ Plutôt oui
 - ☐ Tout à fait