

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

CARACTÉRISTIQUES ET PRATIQUES PARENTALES, COHÉSION FAMILIALE ET
COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DES ENFANTS

MÉMOIRE DE MAITRISE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAITRISE EN
PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR

BENJAMIN-PIERRE RONDEAU

Sous la direction de
ANNIE AIMÉ

AOUT 2017

Table des matières

Liste des tableaux et des figures.....	v
Remerciements	vi
Résumé	vii
Introduction	1
Contexte théorique	2
Les attitudes et comportements alimentaires problématiques	2
L'influence des caractéristiques parentales sur les comportements alimentaires des enfants.....	2
Les caractéristiques sociodémographiques des parents	2
Le niveau d'éducation des parents	2
Le revenu et l'emploi	3
L'IMC des parents	3
Le façonnement du comportement alimentaire par les parents	4
Les problèmes psychologiques des parents	5
Le <i>modeling</i>	6
Les pratiques parentales.....	6
La restriction	6
La pression	7
La régulation émotionnelle	8
Le niveau d'implication parentale	9
La cohésion familiale.....	9
La consistance et la congruence des règles familiales	10
Le déroulement des repas.....	10
La fréquence des repas familiaux	11

Objectifs et hypothèses.....	13
Méthodologie	15
Participants et procédure	15
Mesures.....	16
L'investissement professionnel.....	16
Le nombre d'enfants	17
Le nombre de diètes des parents	17
L'IMC	17
Le niveau de scolarité des parents	17
La consultation des parents pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels.....	17
Les attitudes et comportements alimentaires problématiques des parents.....	17
La cohésion familiale.....	18
Les pratiques de contrôle	19
Les attitudes et comportements alimentaires problématiques des enfants.....	19
Les méthodes d'analyse.....	20
Résultats	22
Différences entre le groupe normatif et le groupe clinique	22
Relation entre l'IMC et les attitudes et comportements alimentaires problématiques des enfants.....	23
Discussion	26
Les caractéristiques familiales des enfants rapportant des attitudes et comportements alimentaires problématiques	26
La cohésion familiale comme modérateur de la relation entre l'IMC et les attitudes et comportements alimentaires problématiques	30

Conclusion.....	34
Considérations cliniques	34
Références bibliographiques	37
Annexes.....	44

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Corrélations entre les variables	45
Tableau 2 : Niveau d'éducation des parents des groupes contrôle et clinique.....	46
Tableau 3 : Pourcentage de parents ayant consulté ou non pour des problèmes de santé mentale ou d'alimentation et ayant fait ou non une diète avec leur enfant.....	47
Tableau 4 : Pratiques parentales en fonction des groupes contrôle et clinique	48
Tableau 5 : Pressions alimentaires rapportées par les parents des enfants des groupes contrôle et clinique	50
Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques, familiales et alimentaires en fonction des groupes contrôle et clinique	51
Tableau 7 : Coefficients du modèle de modération de base considérant l'effet de la cohésion sur la relation entre l'IMC et les ACAP	52
Tableau 8 : Coefficients du modèle considérant l'effet de la cohésion sur la relation entre l'IMC et les ACAP selon le sexe.....	53
Figure 1 : «The binge-eating/purging anorexia nervosa formulation » (Fairburn, 2008, p. 157)..	54
Figure 2 : Modèle de modération incluant la cohésion familiale et les attitudes et comportements alimentaires des parents.....	55
Figure 3 : Modèle de modération incluant la cohésion	56

Remerciements

Je tiens à remercier l'équipe s'étant investie dans le projet de recherche initial. Leur mobilisation a fortement favorisé l'accomplissement de ce mémoire. Dans le même sens, je suis fier et reconnaissant d'avoir eu le privilège de contribuer à l'utilisation des données qu'ils ont recueillies.

Je souhaite également remercier les professeurs et chargés de cours m'ayant enseigné depuis mon retour aux études en psychoéducation. Chacun d'eux a contribué au psychoéducateur en devenir que je suis. Je remercie Aude Villatte et Claude Normand pour leur soutien devant mon projet de mémoire. J'aimerais particulièrement offrir de vifs remerciements à Annie Aimé pour sa disponibilité, son implication et sa générosité soutenus durant les nombreux mois investis dans ce mémoire. Je n'aurais pas fait ce parcours sans avoir une telle confiance envers un.e directeur.trice.

De plus, je désire souligner l'impact positif des nombreuses amitiés développées durant ces dernières années de retour aux études, soit celles entretenues dans notre regroupement étudiant ainsi que les autres tout aussi importantes à mes yeux. Mon parcours n'aurait pas été aussi intéressant et stimulant sans vous. Je remercie aussi Olivier Gingras et Valérie Brisson des services aux étudiants pour leur soutien dans nos projets et pour leurs qualités humaines.

Finalement, je désire offrir mes remerciements sans réserve à mon conjoint Denis. Bien que je souligne trop peu ton apport dans ma vie, je trouve incontournable de faire mention de ton importance et ta contribution dans cette réalisations académique. Ta façon d'être, sans artifice, m'a été d'un réconfort sans borne dans ce projet de mémoire.

Résumé

La prévalence de l'obésité infantile est croissante au Canada et affecte l'image corporelle qui influence à son tour les comportements alimentaires des enfants. La présente étude poursuit deux objectifs. Le premier vise à vérifier dans quelle mesure les préadolescents rapportant des attitudes et comportements alimentaires problématiques (ACAP) se distinguent de ceux ayant des comportements non problématiques sur les plans (a) des caractéristiques parentales, (b) des pratiques parentales et (c) de la cohésion familiale. Le second objectif s'intéresse à l'influence possible de facteurs psychosociaux tels la cohésion familiale et les ACAP des parents en tant que modérateurs de la relation entre l'IMC des enfants et leurs ACAP. Pour se faire, l'étude actuelle compare un premier groupe de 55 enfants de huit à 12 ans rapportant des ACAP à un deuxième groupe de 1003 enfants de même âge ne présentant pas d'ACAP. Des mesures objectives de leur poids et de leur taille ont été obtenues lors de visites scolaires. Un parent par enfant a répondu à des questions portant sur : (a) l'investissement professionnel, (b) le nombre d'enfants, (c) le nombre de diètes au cours des cinq dernières années, (d) l'indice de masse corporelle (IMC), (e) la consultation psychologique, (f) le niveau de scolarité, (g) leurs ACAP, (h) la fréquence des repas en famille, (i) les pratiques de contrôle et (j) la cohésion familiale. Les résultats montrent que seuls l'IMC de l'enfant, la cohésion familiale ainsi que les ACAP des parents distinguent le groupe d'enfants rapportant des ACAP du groupe n'en rapportant pas. Il semble donc que les parents soient susceptibles de transmettre leurs ACAP à leurs enfants. Par ailleurs, les familles qui se disent moins unies semblent plus à risque d'avoir des enfants présentant des ACAP. De plus, les résultats montrent que la cohésion familiale peut modérer l'influence de l'IMC sur les ACAP des garçons. Ainsi, lorsque des ACAP sont détectés chez un enfant, une intervention familiale pourrait s'avérer bénéfique.

Mots clés : caractéristique; pratique; parent; parentale; cohésion; famille; familiale; comportement; alimentaire; alimentation; enfant.

Introduction

En 2004, la prévalence de l'obésité et l'embonpoint chez les jeunes canadiens d'âge mineur était 70% plus élevée qu'en 1978-1979. L'obésité à elle seule était 2,5 fois plus fréquente (Shields, 2006) et le phénomène était considéré plus important chez les adolescents de 12 à 17 ans. Ce constat a d'ailleurs été réitéré à l'aide de données recueillies en 2013 par Statistique Canada (2015). Ceci dit, l'augmentation de l'obésité s'observe chez les enfants dans la plupart des pays industrialisés, ce qui est préoccupant pour des raisons de santé (Han, Lawlor, & Kim, 2010), mais aussi pour des raisons d'insatisfactions corporelles (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006). En effet, les auteurs soulèvent que de telles insatisfactions sont associées à l'indice de masse corporelle (IMC) et qu'elles sont plus susceptibles d'être rapportées par des jeunes en surpoids ou obèses (Neumark-Sztainer et al., 2006). Chez les adolescentes, elles sont par ailleurs reliées à des comportements de diète, des pratiques de contrôle du poids, à des crises de boulimie et à une pratique accrue d'activités physiques (Neumark-Sztainer et al, 2006). Alors que ces comportements visent à réduire l'insatisfaction corporelle, les effets seraient en fait peu concluants. Il semblerait donc que l'objectif de la réduction du poids adopté par plusieurs ne fasse qu'entretenir une obsession générant malencontreusement une augmentation du poids plutôt que sa diminution (Fairburn, 2008). Il devient donc important d'évoquer l'IMC comme un facteur de risque de difficultés alimentaires. La présente étude s'intéresse aux interactions entre l'IMC d'enfants âgés entre huit et 12 ans, aux caractéristiques de leurs parents, aux pratiques parentales auxquelles ils sont exposés, à la cohésion de leur famille et à leur adoption d'attitudes et comportements alimentaires problématiques (ACAP) visant un contrôle ou une diminution du poids.

Contexte théorique

Les attitudes et comportements alimentaires problématiques

Alors que les attitudes problématiques réfèrent à une crainte majeure de prendre du poids et à des distorsions de l'image corporelle, les comportements problématiques incluent pour leur part des comportements associés à des pertes de contrôle comme les excès alimentaires et des comportements servant à éviter le gain de poids comme les restrictions alimentaires ou les vomissements (American Psychiatric Association, 2013).

L'influence des caractéristiques parentales sur les comportements alimentaires des enfants

Les parents sont les premières personnes avec lesquelles les enfants interagissent. Il y a donc lieu de croire que leurs caractéristiques personnelles influencent directement le comportement alimentaire de leurs enfants. Parmi les caractéristiques parentales reconnues pour affecter le comportement alimentaire des enfants, se retrouvent (a) le niveau d'éducation, (b) la condition économique, (c) le poids, (d) les insatisfactions des parents face à leur poids, (e) la condition psychologique et (f) le *modeling*.

Caractéristiques sociodémographiques des parents

Le niveau d'éducation des parents. La littérature suggère que certaines caractéristiques sociodémographiques parentales sont reliées aux comportements alimentaires et à l'IMC des enfants. En ce sens, Gregory, Paxton et Brozovic (2010) mentionnent que les mères plus instruites utilisent moins la pression alimentaire. Blissett et Haycraft (2008) ajoutent que ces mêmes mères restreignent moins l'alimentation de leurs enfants. De plus, elles sont moins portées à utiliser la nourriture comme récompense (Musher-Eizenman, De Lauzon-Guillain, Holub, Leporc, & Charles, 2009). Il semble donc que le niveau d'éducation de la mère agisse sur ses propres pratiques alimentaires, lesquelles influencent le comportement alimentaire des

enfants. D'ailleurs, Greve (2011) mentionne qu'un haut niveau d'instruction de la mère réduit le risque de surpoids de l'enfant.

Le revenu et l'emploi. Brown, Broom, Nicholson et Bittman (2010) relient les emplois maternels à temps plein au surpoids des enfants. Toutefois, une autre étude, réalisée auprès d'un échantillon danois, rapporte qu'un emploi paternel à temps partiel conjugué à un emploi maternel de plus de 22 heures par semaine réduit le risque de surpoids de l'enfant (Greve, 2011). Il semble en fait qu'un emploi maternel à temps partiel génère des effets optimaux sur l'alimentation des enfants, puisque cette condition implique une réduction du nombre d'heures d'écoute de télévision et de la consommation de grignotines du fait que la mère demeure disponible pour superviser le quotidien (Brown et al., 2010). De plus, un emploi à temps partiel pour la mère augmente le revenu familial, ce qui favorise l'accès à des activités sportives et à des aliments de qualité (Brown et al., 2010 ; Greve, 2011). Outre l'emploi, un statut économique moyen est relié à une plus grande consommation de grignotines (Brown et al., 2010) et un revenu élevé est associé à des pratiques parentales telles que le raisonnement, la valorisation de l'enfant, les récompenses alimentaires et la restriction alimentaire (Orrell-Valente et al., 2006). Par contre, Musher-Eizenman et al., (2009) affirment que le revenu des parents et leur éducation n'influencent pas l'IMC des enfants. Ces auteures n'avancent aucune hypothèse expliquant leur constat, mais à la lecture des autres recherches évoquées, il semble que le revenu et l'éducation parentaux influencent le mode de vie familiale qui influence à son tour l'IMC de l'enfant. Davantage d'études sont donc requises pour mieux comprendre l'impact des caractéristiques socio-économiques des parents sur le comportement alimentaire des enfants.

L'IMC des parents. L'organisation mondiale de la santé (OMS, 2016) évoque l'IMC comme la mesure de premier choix pour définir le surpoids et l'obésité. Pour calculer l'IMC, il suffit de diviser le poids en kilogramme par la taille en mètre au carré (kg/m^2). Chez l'adulte, le

surpoids correspond à un IMC de 25 et l'obésité à 30 ou plus (OMS, 2016). Pour les enfants de 5 à 19 ans, « le surpoids est un IMC pour l'âge supérieur à un écart-type au-dessus de la médiane de la croissance de référence de l'OMS; et l'obésité est un IMC pour l'âge supérieur à 2 écarts-types au-dessus de la médiane de la croissance de référence de l'OMS. » (OMS, 2016).

Plusieurs études montrent que l'IMC des parents est fortement associé à celui des enfants. En effet, ceux-ci sont significativement corrélés aux États-Unis (Musher-Eizenman et al., 2009) et en Australie (Brown et al., 2010), ce qui ne semble pas être le cas en France (Musher-Eizenman et al., 2009). Musher-Eizenman et al. (2009) expliquent que le poids de la mère influence ses pratiques éducatives. En effet, les mères ayant des IMC plus élevés permettent davantage l'écoute de la télévision (Brown et al., 2010), partagent moins d'informations à leurs enfants sur la nutrition et encouragent moins l'équilibre, la variété alimentaire et les habitudes optimales pour la santé (Musher-Eizenman et al., 2009). Il est aussi relevé que les enfants sont plus enclins à présenter des refus alimentaires lorsque l'IMC de leur père est bas (Tan et al., 2012). Ces derniers auteurs suggèrent que cette propension au refus reliée au poids du père pourrait s'expliquer par le *modeling*, c'est-à-dire une faible alimentation apprise par l'exemple du père, ou par la transmission génétique du comportement alimentaire.

Le façonnement du comportement alimentaire par les parents

Les parents circonscrivent le développement des habitudes alimentaires des enfants en définissant leur environnement alimentaire (Gregory et al., 2010 ; Greve, 2011 ; Van Der Horst, 2012). Gregory et al. spécifient que cet environnement est fortement influencé par la satisfaction corporelle des parents ainsi que par l'évaluation qu'ils font du corps de leur enfant (2010). Ces auteurs postulent que les insatisfactions corporelles parentales sont associées à des croyances face à l'alimentation, lesquelles s'expriment en comportements observables, pouvant les amener à

contrôler l'environnement alimentaire afin d'exercer une influence sur l'apparence physique de leur enfant.

Ensuite, la littérature relève que les parents insatisfaits du corps de leur enfant seraient plus enclins à utiliser des pratiques de contrôle alimentaire envers leur progéniture (De Lauzon-Guillain et al., 2009 ; Gregory et al., 2010 ; Webber, Cooke, Hill, & Wardle, 2010), ce qui pourrait influencer le comportement alimentaire de leur enfant.

Dans leur ensemble, ces résultats suggèrent que les insatisfactions parentales face à l'image corporelle donnent lieu à des insatisfactions corporelles chez les enfants, lesquelles influencent les pratiques alimentaires de tous les membres de la famille.

Les problèmes psychologiques des parents

L'état de santé psychologique parentale représente un autre facteur d'influence sur les comportements alimentaires des enfants. Les mères présentant une plus grande intensité de détresse psychologique selon le *brief symptom inventory* utilisent plus la pression alimentaire auprès de leurs enfants de deux à cinq ans (Haycraft & Blissett, 2012). Or, une telle pression s'accompagne d'un environnement alimentaire négatif (Haycraft & Blissett, 2012). Les parents ayant une estime personnelle plus basse ont des adolescents plus centrés sur la minceur (Cromley, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle, 2010). Decaluwé, Braet, Moens, & Van Vlierberghe (2006) suggèrent que l'embonpoint des enfants est influencé par les symptômes psychiatriques des parents tel que mesurés par le *Symptom Checklist-90*. Ces symptômes peuvent générer un environnement susceptible de fausser l'autorégulation alimentaire des enfants aux travers des enseignements de croyances alimentaires. La symptomatologie des parents peut donc avoir des effets négatifs directs sur les habitudes alimentaires des enfants. (Blissett & Haycraft, 2011).

Le modeling

Les parents peuvent aussi influencer le comportement alimentaire de leurs enfants simplement à travers leur rôle de modèle. En ce sens, Vereecken, Rovner et Maes (2010) affirment que les habitudes alimentaires des enfants sont plus fortement influencées par celles de leurs parents que par leur style parental. Alors que certaines recherches mentionnent que la consommation de fruits et légumes des parents est reliée à celle des enfants (Blissett, 2011 ; Sweetman, McGowan, Croker, & Cooke, 2011), d'autres affirment que les pratiques et comportements alimentaires maternels n'influencent pas les mauvaises attitudes alimentaires de leurs fils (Blissett, Meyer, & Haycraft, 2006). D'autres études montrent que les mères ayant de hauts scores de boulimie ont des enfants qui mangent davantage entre 18 mois et cinq ans (Blissett & Haycraft, 2011). De plus, Cromley et al. (2010) avancent que, lorsque les parents modifient ou restreignent leur propre consommation d'aliments, leurs adolescents deviennent 2,5 fois plus à risque d'adopter des comportements de contrôle du poids mauvais pour la santé. Davantage d'études sont donc requises pour mieux comprendre l'impact du *modeling* sur les comportements alimentaires des enfants.

Les pratiques parentales

Les pratiques alimentaires consistent en des interventions concrètes faites par les parents auprès de leurs enfants. Elles s'inscrivent en continuité avec les croyances alimentaires entretenues par les parents. Les pratiques documentées dans la littérature pour avoir un effet sur les comportements alimentaires des enfants incluent: (a) la restriction, (b) la pression, (c) l'utilisation de l'alimentation comme régulateur émotionnel et (d) le niveau d'implication parentale.

La restriction. Les écrits suggèrent que l'utilisation de la restriction alimentaire génère une augmentation de la quantité d'aliments mangés par les enfants (Orrell-Valente et al., 2006),

nuit à leur consommation de fruits et légumes (Blissett, 2011) et est associée à une préférence accrue pour les bonbons (Dulude & Marquis, 2013). Ces résultats corroborent le rationnel lié au schéma cognitif de la restriction de Fairburn (2008). Ce schéma illustre qu'une surévaluation de la silhouette et du poids génère des comportements de contrôle (restrictions alimentaires). Ces comportements pouvant conduire à une réduction du poids, mais aussi occasionner un risque accru de crises de boulimie influencées par les événements et les fluctuations de l'humeur. Ces dernières crises étant génératrices de stratégies de compensation (vomissements, laxatifs, etc.). Tel que le montre la Figure 1, les étapes de ce schéma sont interreliées les unes aux autres.

Insérer Figure 1 ici

La pression. Blissett (2011) définit la pression alimentaire comme le renforcement ou de forts encouragements à consommer des aliments spécifiques ou une quantité de nourriture donnée. Certains auteurs ont soutenu qu'utiliser la pression pour diriger la qualité ou la quantité de l'alimentation des enfants les amènent à s'opposer aux demandes alimentaires faites par leurs parents (Blissett, 2011), à manger plus lentement ou encore à développer l'habitude de manger lorsqu'ils sont contrariés (Haycraft & Blissett, 2012 ; Powell et al., 2011 ; Webber et al., 2010). Ces mêmes enfants ont aussi tendance à rapporter un plus faible plaisir alimentaire (Haycraft & Blissett, 2012 ; Webber et al., 2010) pouvant aller jusqu'à une alimentation orientée vers une plus grande consommation de croustilles, de bonbons et de jus de fruit ainsi qu'une faible consommation d'eau et de fruits (Dulude & Marquis, 2013), ou jusqu'à de l'aversion pour la nourriture (Galloway, Fiorito, Francis, & Birch, 2006 ; Webber et al., 2010). Orrell-Valente et al. (2006) affirment que les pères utilisent quatre fois plus que les mères les techniques de pression

envers les garçons, mais ne précisent pas si cette pression cible la quantité de nourriture ou la sélection d'aliments. D'autres auteures ajoutent que, plus le poids de l'enfant est faible, plus il reçoit de la pression à manger davantage de nourriture de la part de son père (Blissett & Haycraft, 2008) et de sa mère (Blissett et al., 2006). Donc, le faible poids d'un garçon, le rendrait plus à risque de voir ses parents lui mettre de la pression à s'alimenter davantage dans le but de prendre du poids.

La régulation émotionnelle. Outre les pratiques de contrôle de l'alimentation et de pression à manger, il ressort également que certains parents utilisent l'alimentation pour gérer les états émotionnels de leurs enfants. Blissett et al. (2010) évoquent l'idée que certains parents suralimentent leur enfant afin de tenter de répondre à ses besoins émotionnels, ce qui pourrait interférer avec sa capacité à reconnaître le signal de la faim et de satiété (Powell et al., 2011). Farrow (2012) suggère que les enfants encouragés à manger pour satisfaire leurs besoins émotionnels sont plus impulsifs, moins restreints et moins supervisés par leurs parents sur le plan alimentaire. Il ressort de l'étude de Powell et al. (2011) que la régulation émotionnelle alimentaire proposée par la mère fait en sorte que l'enfant devienne plus à risque de manger en fonction de ses états émotionnels plutôt que selon sa faim.

Ensuite, il est suggéré que certains parents utilisent la récompense alimentaire auprès de leurs enfants. Dulude et Marquis (2013) affirment que les enfants ainsi récompensés développent une préférence pour les bonbons et les croustilles et une moindre préférence pour les légumes racines. Une autre étude révèle une corrélation entre cette pratique et la sous-alimentation de l'enfant lorsqu'il est contrarié (Powell et al., 2011). Ceci dit, la récompense alimentaire est gage de plus de conformité de la part des enfants (Orrell-Valente et al., 2006). Les auteurs mentionnent que la réponse de l'enfant dépend de la qualité affective et du contexte lors de l'intervention parentale.

Le niveau d'implication parentale. Haycraft et Blissett (2012) mentionnent que la surveillance maternelle réduit la suralimentation émotionnelle des enfants. Cette même pratique alimentaire appliquée par le père prévient la sous-alimentation. Donc, la même intervention, qu'elle soit appliquée par le père ou la mère, semble conduire à une alimentation correspondant de plus près aux besoins nutritionnels de l'enfant. Par ailleurs, la recherche de Decaluwé et al. (2006) montre qu'un manque d'implication maternelle est associé à des crises de boulimie chez les enfants. De plus, ces auteurs rapportent que les insatisfactions face au poids et la silhouette chez les enfants sont accentuées lorsque le père s'investit faiblement. Selon Vereecken et al. (2010), la réaction négative de l'enfant face à la nourriture, son entêtement et son émotivité sont positivement associés au laxisme et à l'hyper- réactivité du parent. Il serait plus efficace de diriger l'attention sur l'enfant et sur une interaction positive, donc d'utiliser le raisonnement et le renforcement, pour favoriser une alimentation jugée saine et incluant des fruits et légumes.

Les études disponibles à ce jour font clairement état d'associations significatives entre les variables parentales et les comportements alimentaires des enfants. Quoiqu'informatives, ces associations doivent être interprétées avec précaution. Nombre d'auteurs évoquent la possibilité que le comportement alimentaire de l'enfant ne soit pas qu'une résultante des caractéristiques et pratiques alimentaires parentales (Cromley et al. 2010 ; Farrow, Galloway, & Fraser, 2009 ; Van Der Horst, 2012 ; Webber et al., 2010). Ainsi, d'autres facteurs comme la diffusion de stéréotypes dans les médias influencent le comportement alimentaire des enfants (Tantleff-Dunn, Barnes, & Larose, 2011).

La cohésion familiale

La cohésion familiale est définie par Abignente (2004) comme un climat affectif entre les membres d'une même famille qui inclut des composantes liées à (a) l'implication, (b) la solidarité, (c) la confiance, (d) l'intégration, (e) la communication, (f) l'acceptation et (g) la

différence. Elle se positionne entre les polarités de désengagement et d'enchevêtrement définies par un niveau d'imperméabilité des frontières interpersonnelles, lequel étant relié à des règles et des normes. Un positionnement de cohésion extrême est susceptible de nuire au développement des membres de la famille puisque la cohésion devrait s'adapter à l'évolution de l'unité familiale pour permettre la croissance de chacun. Cette section présentera des éléments de la cohésion familiale influençant le comportement alimentaire des enfants, soit (a) les règles familiales, (b) le déroulement des repas et (c) la fréquence des repas en famille.

La consistance et la congruence des règles familiales. Decaluwé et al. (2006)

mentionnent que l'instabilité des règles familiales pourrait être en cause dans les troubles alimentaires des enfants et qu'il est possible que l'alimentation soit un mécanisme de gestion d'émotions négatives suscitées par un climat familial inconstant. Les auteurs ne ciblent pas de règles particulières, mais plutôt l'incongruence entre leur mise en place et leur application.

Le déroulement des repas. Le déroulement des repas est connu pour influencer le développement des enfants en général, entre autres, parce qu'il favorise les liens familiaux et l'enseignement de stratégies d'adaptation (Franko, Thompson, Affenito, Barton, & Striegel-Moore, 2008). Ceci dit, les familles monoparentales sont moins susceptibles de manger ensemble : les enfants y jouent plus et y écoutent plus la télévision durant le repas (Orrell-Valente et al., 2006). Il est également soutenu que le visionnement télévisuel lors des repas nuit à la consommation de fruits et légumes (Sweetman et al., 2011). Le déroulement des repas est donc étroitement lié aux règles familiales et, ensemble, ces facteurs influencent les comportements alimentaires des enfants. Van Der Horst (2012) recommande un climat alimentaire positif afin de favoriser le plaisir de manger, lequel permettrait de prévenir des problématiques alimentaires. Powell et al. (2011) ajoutent qu'un environnement sain est associé à moins de sous-alimentation fondée sur la contrariété de l'enfant.

La fréquence des repas familiaux. La fréquence des repas en famille influence elle aussi le comportement alimentaire des enfants. Selon certains auteurs, il s'agirait d'un indice de cohésion familiale chiffrable (Franko et al., 2008). Fulkerson, Kubik, Story, Lytle et Arcan (2009) rapportent que les adolescents qui ne soupent jamais avec leur famille sont trois fois plus à risque d'être en surpoids que ceux qui soupent en famille de cinq à sept fois par semaine. Cette fréquence de repas familiaux durant l'adolescence est associée, à l'âge adulte, à la consommation de fruits, de légumes et de nombreux nutriments. Lorsque devenus adultes, les adolescents ayant mangé moins fréquemment en famille sont plus enclins à consommer des boissons douces (Larson, Neumark-Sztainer, Hannan, & Story, 2007). D'autres études rapportent qu'une faible fréquence de repas en famille est reliée à la consommation de bonbons et de boissons sucrées durant l'adolescence (Welsh, French, & Wall, 2011) et à une plus forte consommation de restauration rapide, particulièrement chez les garçons (Burgess-Champoux, Larson, Neumark-Sztainer, Hannan, & Story, 2009). Cette dernière étude mentionne aussi qu'une fréquence de repas familiaux plus élevée lors de l'adolescence est associée à la consommation de nombreux nutriments tels que (a) le calcium, (b) les fibres, (c) le magnésium, (d) le potassium, (e) le fer, (f) le zinc, (g) la vitamine B6, (h) le zinc et (i) l'acide folique (Burgess-Champoux et al., 2009).

Outre la prise de nutriments spécifiques, la fréquence des repas en famille à l'adolescence influence certaines habitudes de vie alimentaire. Une fréquence plus élevée favorise la consommation de déjeuners (Fulkerson et al., 2009) et de soupers (Burgess-Champoux et al., 2009) à l'adolescence. Pour ce qui est des effets à l'âge adulte, Larson et al. (2007) rapportent une influence positive sur la fréquence de déjeuners, de diners, de l'alimentation sociale et de la structure des repas chez les personnes ayant mangé plus fréquemment en famille durant l'adolescence. La fréquence des repas en famille est principalement documentée auprès des

adolescents. Les futures recherches devraient donc cibler la préadolescence afin de relever des constats utiles à la prévention.

Objectif et hypothèses

À la lumière des résultats des recherches relevés ci-haut et de certaines incohérences entre les différentes études rapportées, il semble important de continuer de s'intéresser aux variables susceptibles d'influencer le comportement alimentaire des enfants, et ce, auprès d'un échantillon québécois. De plus, les études disponibles présentent des résultats de recherche en petite enfance, en adolescence et à l'âge adulte, mais les résultats obtenus auprès d'enfants d'âge scolaire et de préadolescents demeurent plutôt rares. Ce groupe d'âge mérite toutefois d'être étudié du fait que l'augmentation du poids des enfants se produit fréquemment suite à l'entrée à l'école et que cette augmentation semble plus marquée entre sept et neuf ans (Hughes, Sherriff, Lawlor, Ness, & Reilly, 2011). Ces changements physiques sont alors susceptibles d'influencer l'image corporelle des préadolescents ainsi que l'évaluation des parents face au corps de leurs enfants. Une meilleure compréhension des variables associées aux ACAP chez les préadolescents semble essentielle afin d'être en mesure d'intervenir tôt et efficacement, avant que ces adolescents en devenir ne soient très affectés par l'influence des médias et de leurs pairs. Il est d'ailleurs démontré que les médias influencent négativement et fortement l'image corporelle des adolescents et qu'ils imposent une pression pour rencontrer les standards d'apparence physique (Spurr, Berry & Walker, 2013). Considérant que les préadolescents sont encore malléables aux influences parentales, la cohésion familiale semble un angle d'influence intéressant à explorer, quoiqu'encore faiblement étudié et principalement investi auprès des adolescents. Dans ce sens, les processus familiaux, bien que peu étudiés à l'heure actuelle, pourraient permettre de mieux comprendre le lien entre l'IMC et les ACAP chez les enfants.

La présente étude poursuit deux principaux objectifs. Le premier est de vérifier dans quelle mesure les préadolescents qui rapportent des ACAP se distinguent de ceux ayant des comportements non problématiques sur les plans (a) des caractéristiques parentales, (b) des

pratiques parentales et (c) de la cohésion familiale. Il est attendu que les jeunes du groupe présentant des ACAP proviendront de familles au sein desquelles les parents (a) sont fortement ou faiblement investis professionnellement; (b) présentent un niveau de scolarité faible ou élevé; (c) ont plus fréquemment consulté pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels; (d) ont un indice de masse corporelle IMC élevé, (e) rapportent un score de cohésion familiale moindre, présentent eux-mêmes davantage d'ACAP et utilisent davantage de pratiques de contrôle (restrictions et pressions exercées sur l'enfant)

Le second objectif s'intéresse à l'influence possible de facteurs psychosociaux comme la cohésion familiale et les ACAP des parents en tant que modérateurs de la relation entre l'IMC des enfants et leurs ACAP. Ce faisant, une attention particulière sera apportée au sexe et à l'âge des enfants.

Méthodologie

Participants et procédure

Le présent projet de recherche porte sur des données secondaires recueillies en 2010 auprès d'enfants âgés de huit à 12 ans ainsi que d'un de leurs parents. Il a été autorisé par le Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Cent dix dyades parents-enfants ont été retirées de l'échantillon parce que le sexe de l'enfant ou du parent n'était pas inscrit, ce qui forme un échantillon de 1 058 dyades parent-enfant. Les familles sont majoritairement francophones (96,6%) et 92,9% des enfants sont nés au Canada. Quatre cent cinquante-huit des enfants sont des garçons (43,3%) et les 600 autres sont des filles (56,7%). Les parents répondants comprennent 888 mères (83,9%) et 170 pères (16,1%). Plus du deux tiers des parents (70%) ont au moins un diplôme d'études collégiales. Des parents interrogés, 66,4% rapportent un revenu annuel familial médian supérieur à 59 999\$ et 47,3% de ces mêmes parents rapportent un revenu de 80 000\$ et plus. Ce revenu familial médian se compare à la médiane québécoise de 73 870\$ (Statistique Canada, 2014).

Afin de procéder à la collecte de données, les directions d'écoles primaires ont été approchées. Au total, 27 écoles publiques, dont 22 de la région de Québec et cinq de Gatineau ont participé à la recherche. Le rang décile moyen des écoles sélectionnées était de 4,9 à l'indice du seuil de faible revenu (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2013).

Deux assistants de recherche se sont présentés dans les classes de deuxième et troisième cycles des 27 écoles primaires participantes afin de présenter le projet aux élèves. Chaque élève a reçu une enveloppe contenant (a) une lettre pour ses parents afin de les informer de la démarche et de l'objectif de la recherche, (b) un formulaire de consentement de forme active, (c) un questionnaire pour le parent répondant et (d) un questionnaire pour l'enfant. Afin de les remercier de leur participation et de compenser pour le temps nécessaire à la complétion des questionnaires,

les familles participantes étaient éligibles au tirage de prix de participation. Il s'agissait de chèques cadeaux de 100 dollars chez Sport Expert (un certificat par région). Un délai de deux semaines était laissé aux familles afin de remplir et remettre le questionnaire. Une fois ces deux semaines écoulées, les assistants de recherche sont retournés dans les classes afin de recueillir les questionnaires remplis et de procéder à des mesures objectives du poids et de la taille des élèves participants. Le taux de participation était de 29%. La mesure du poids et de la taille des enfants a été réalisée dans un local à part, un élève à la fois, en l'absence des autres afin de garantir le confort des élèves et la confidentialité de leurs mesures. Deux mesures ont été prises afin d'obtenir un estimé moyen du poids et de la taille, lequel a été ensuite utilisé pour calculer l'IMC. Le poids a été mesuré à l'aide d'un pèse-personne électronique. Les enfants devaient retirer leurs souliers et vêtements lourds. La grandeur a été mesurée avec une toise portative.

Mesures

Une section du document à remplir par les élèves et leurs parents comprenait des questions concernant les caractéristiques sociodémographiques. Chacun devait fournir son âge et son sexe et était questionné sur ses ACAP. Les parents devaient par ailleurs rapporter leur niveau d'investissement professionnel, leur nombre d'enfants, le nombre de diètes effectuées au cours des cinq dernières années, leur poids et leur taille, leur niveau de scolarité, le nombre de consultations professionnelles pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels, leur cohésion familiale, leur fréquence de repas en famille et leurs pratiques de contrôle.

L'investissement professionnel. L'investissement professionnel du parent répondant a été mesuré à l'aide de la question suivante : « Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine (si étudiant, combien d'heures de cours par semaine)? » Aucun choix de réponse n'était donné et le parent devait indiquer le nombre d'heures moyen approprié.

Le nombre d'enfants. Les parents ont été invités à indiquer combien d'enfants ils avaient à l'aide de la question suivante : « Combien d'enfants avez-vous eus? » Ils pouvaient ensuite inscrire ce nombre dans un espace prévu à cet effet.

Le nombre de diètes des parents. Ces données ont été récoltées avec la question suivante : « Combien de diètes avez-vous suivies au cours des cinq dernières années? ». Les parents pouvaient ensuite inscrire le nombre dans un espace préparé à cette fin.

L'IMC. Pour les enfants, l'IMC a été calculé à partir des données statur pondérales objectives récoltées par les assistants de recherche. Celui des parents a été calculé à partir de leurs réponses autorapportées. Dans les deux cas, le calcul consistait à diviser le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés (kg/m^2).

Le niveau de scolarité des parents. Ces données ont été recueillies à l'aide d'une question dans laquelle le parent devait encrer le niveau de diplomation qu'il a complété. L'échelle de réponses allait de 1 pour le primaire à 8 pour le doctorat.

La consultation des parents pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels. Deux questions ont été posées aux parents afin d'évaluer de possibles difficultés psychologiques. Dans un premier temps, le parent devait répondre par oui ou non à la question suivante : « Avez-vous déjà consulté un-e professionnel-le de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.)? » Ensuite, il lui était demandé : « Avez-vous déjà consulté un-e nutritionniste ou un-e kinésologue? ». Dans les deux cas, les réponses possibles étaient « oui » ou « non ».

Les ACAP des parents. Les ACAP sont mesurées à l'aide du *Eating Attitudes Test* (EAT-26). La version originale du EAT, comprenant 40 items, a été conçue et validée par Garner et Garfinkel (1979). Suite à une seconde étude de validation, Garner, Olmsted, Bohr et Garfinkel (1982) ont retranché 14 items à la version originale, ce qui a conduit à la version EAT-26. Ce questionnaire comporte trois facteurs permettant d'expliquer 40,2% de la variance, soient (a)

diète marquée; (b) boulimie et préoccupations alimentaires et (c) contrôle oral (Garner et al., 1982). La validité prédictive de la version originale anglophone du EAT-26 par rapport au EAT-40 est excellente ($r = 0.98, p < 0.001$) tout comme la consistance interne auprès du groupe clinique ($\alpha = 0.90$). Pour le présent échantillon, la consistance interne est satisfaisante ($\alpha = 0.864$). Un score total de 20 ou plus au EAT-26 indique un seuil clinique et seul l'item 25 est à correction négative (Garner & Garfinkel, 1997). Les réponses possibles s'étalent sur une échelle de Lickert en 6 points, soit « (6) toujours », « (5) très souvent », « (4) souvent », « (3) des fois », « (2) rarement » et « (1) jamais ». La réponse *toujours* équivaut à trois points, *très souvent* en comptabilise deux et *souvent* un seul. Les trois autres réponses ne cumulent pas de point.

La cohésion familiale. Celle-ci est mesurée à l'aide du *Family Adaptability and Cohesion Scales III* (FACES III) auprès des parents ainsi qu'avec la fréquence des repas en famille. Le FACES III mesure l'adaptabilité et la cohésion familiale en se centrant sur la perception actuelle, la perception idéale ou la satisfaction de la famille (Olson, Portner, & Lavee, 1985). Seule la dimension de la cohésion a été utilisée dans la présente étude. De plus, les parents participants ont été invités à le remplir selon leur perception actuelle de la famille. La dimension cohésion comporte 10 items, chacun mesuré à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points, soit « (1) presque jamais », « (2) de temps en temps », « (3) parfois », « (4) souvent » et « (5) presque toujours ». La version française, utilisée dans la présente recherche, présente une consistance interne de 0.79 pour la cohésion (Tubiana-Rufi et al., 1991). Pour le présent échantillon, la consistance interne est acceptable (0.759).

De plus, afin de mesurer la fréquence des repas en famille, les parents ont répondu à deux questions demandant le nombre moyen de repas mangés en famille : (1) durant la semaine; et (2) durant la fin de semaine. Un choix de quatre réponses leur était offert, soit « [1] Tous les repas », « [2] Au moins deux repas par jour », « [3] Au moins un repas par jour » et « [4] Aucun. Aux fins

des analyses, ces quatre choix de réponses ont été regroupés en trois catégories : « Tous les repas », « Au moins deux repas par jour » et « Un repas ou moins par jour ».

Les pratiques de contrôle. Cinq questions ont été posées aux parents afin de recueillir les informations reliées au contrôle alimentaire parental.

Afin de mesurer la restriction, la question suivante a été utilisée : « Votre enfant a-t-il déjà entrepris une diète avec vous? » Les choix de réponses possibles étaient « oui » ou « non ».

Pour mesurer le contrôle alimentaire, les parents devaient répondre à deux questions. La première évaluant la qualité de nourriture : « Qui contrôle ce que votre enfant mange (c'est-à-dire, le choix des aliments) lorsqu'il est à la maison? », et la deuxième évaluant la quantité de nourriture : « Qui contrôle la *quantité de nourriture* que mange votre enfant lorsqu'il est à la maison? ». Ces questions offraient une possibilité de trois réponses indiquant (a) un contrôle de la part de l'enfant; (b) du parent ou (c) une collaboration entre les deux.

La pression alimentaire a été mesurée par la question suivante : « Vous arrive-t-il d'insister pour que votre enfant finisse son assiette? ». Les réponses possibles étaient « [1] Jamais », « [2] Parfois », « [3] Souvent » et « [4] À chaque repas ».

Puis, les attitudes de récompense alimentaire ont été mesurées par la question : « Quelle est votre attitude quant aux "gâteries" à la maison? ». Cette dernière offrait une possibilité de trois réponses indiquant (a) l'absence de gâteries, (b) une certaine restriction face aux gâteries et (c) l'utilisation de gâteries comme récompense.

Les ACAP des enfants. Cette variable est mesurée à l'aide du *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT). Il s'agit de la version pour enfant du EAT-26. Maloney, Mc Guire et Daniels (1988) spécifient qu'il ne s'agit pas d'un outil diagnostique, mais que le ChEAT permet d'évaluer les préoccupations alimentaires, les comportements de diètes et les attitudes alimentaires des enfants. Il comporte 26 items dont les réponses s'inscrivent sur une échelle de

Lickert allant de « 1 » (jamais) à « 6 » (toujours). Seules les réponses « 6 », « 5 » et « 4 » ont des scores associés, soient : trois, deux et un respectivement (Smolak & Levine, 1993). Maloney et al. (1988) mentionnent que l'outil présente une bonne fidélité test-retest ($r = 0.81$). Ces auteurs relèvent une bonne consistance interne ($\alpha = 0.79$) tout comme Smolak et Levine (1993) ($\alpha = 0.87$). Pour le présent échantillon, la consistance est acceptable (0.792). Un score de « 20 » permet de suspecter des comportements alimentaires problématiques (Smolak & Levine, 1993).

Les méthodes d'analyse

La variable dépendante (VD) dans la présente recherche est « les attitudes et comportements alimentaires des enfants » telle que déterminée par le score au ChEAT. Afin de créer deux groupes (groupe normatif [GN] et groupe clinique [GC]), un point de rupture de 16 a été utilisé. En fait, un score de 16 a été préféré à celui, plus fréquemment utilisé, de 20, car il permettait d'avoir un échantillon plus grand d'enfants considérés comme présentant des ACAP. Le score de 16 correspond au 2^e écart type de l'échantillon étudié et permet d'obtenir 55 enfants dans le groupe jugé à risque (GC), comparativement à 1003 enfants dans le GN.

Des analyses de corrélations ont été effectuées à partir des variables continues, soit (a) l'investissement professionnel des parents, (b) le nombre d'enfants, (c) le nombre de diète des parents, (d) l'IMC des parents, (e) l'IMC des enfants, (f) la cohésion familiale, (g) les ACAP des parents et (h) les ACAP des enfants. Pour déterminer si les groupes créés à partir des scores totaux au ChEAT diffèrent significativement l'un de l'autre en fonction des variables indépendantes (VIs), des analyses de variances simples (ANOVAs) et des chi carrés ont été utilisés. Les variables concernées pour les ANOVAs étaient : (a) l'investissement professionnel des parents, (b) le nombre d'enfants, (c) le nombre de diètes des parents, (d) l'IMC des enfants (e) l'IMC des parents, (f) la cohésion familiale et (g) les ACAP des parents. Celles concernées

par le Chi carré étaient : (a) le niveau de scolarité des parents, (b) les difficultés psychologiques des parents (c) les pratiques de contrôle, (d) la fréquence des repas en famille.

Enfin, des modèles d'équations structurelles ont été testés à l'aide du logiciel Mplus. Dans ces modèles, il était postulé que la relation entre l'IMC des enfants et leurs ACAP serait modérée par des facteurs psychosociaux parentaux (i.e. cohésion familiale et ACAP des parents). Tel que le présente la Figure 2, ce modèle suggère que l'IMC des enfants agisse comme prédicteur de leurs ACAP et que la cohésion familiale ainsi que les ACAP des parents soient modérateurs du lien entre l'IMC des enfants et leurs ACAP. Ce modèle s'appuie sur la littérature à l'effet que les jeunes qui présentent des ACAP le font probablement dans un souci de contrôler leur poids et d'être plus satisfaits de leur image corporelle (Valls, Rousseau, & Chabrol, 2013). Le modèle propose aussi que le degré de cohésion familiale et les ACAP des parents puissent moduler la relation entre l'IMC et les ACAP des enfants. À ce sujet, Welsh et al. (2011) soutiennent la pertinence de considérer la cohésion familiale comme influente sur le comportement alimentaire des adolescents. De plus, Greve (2011) mentionne que l'alimentation des parents est reliée à celle de leurs enfants, soutenant ainsi la possibilité que les ACAP des parents modèrent ceux de leurs enfants.

Insérer Figure 2 ici

Le modèle de base a d'abord été estimé avec l'ensemble de l'échantillon. Ensuite, l'invariance entre les garçons et les filles a été testée en contrôlant pour l'âge des jeunes participants.

Finalement, l'invariance selon l'âge (8-9 ans vs 10-11 ans) a été testée en contrôlant cette fois pour le sexe des participants.

Résultats

Dans un premier temps, le degré d'association entre les variables continues à l'étude a été vérifié à l'aide de corrélations bilatérales. Le Tableau 1 présente les coefficients de corrélation obtenus. Il ressort de ces corrélations que l'IMC du parent corrèle avec celui de l'enfant ($r = 0.267, p = 0.000$). De plus, l'IMC de l'enfant est corrélé positivement à son score au ChEAT ($r = 0.233, p = 0.000$). De surcroit, l'IMC du parent corrèle avec son score au EAT-26 ($r = 0.225, p = .000$). Ensuite, l'IMC de l'enfant corrèle négativement avec la cohésion familiale (FACES-III) ($r = -0.064, p = 0.046$). Cette cohésion familiale est aussi négativement corrélée au ChEAT ($r = -0.075, p = 0.022$).

Insérer Tableau 1 ici

Différences entre le groupe normatif et le groupe clinique

Afin de vérifier si les enfants du GC diffèrent de ceux du GN sur le plan : (a) du niveau de scolarité des parents, (b) la consultation des parents pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels, (c) des pratiques de contrôle, et (d) de la fréquence des repas en famille, des chi carrés ont été réalisés. Tels que l'indiquent les Tableaux 2, 3, 4 et 5, il n'y a pas de différence significative entre le GC et le GN sur aucune de ces variables catégorielles.

Insérer Tableaux 2, 3, 4 et 5 ici

Par la suite, des ANOVAs à un facteur ont été utilisées. Les variables sur lesquelles les deux groupes ont été comparés sont (a) l'investissement professionnel des parents; (b) le nombre d'enfants; (c) le nombre de diètes des parents; (d) l'IMC des enfants; (e) l'IMC des parents; (f) la cohésion familiale avec le score au FACES-III et (g) les ACAP des parents. Le Tableau 6 présente les moyennes et écarts-types des participants des deux groupes sur le plan des variables étudiées. Il fait état de différences significatives entre les groupes par rapport aux ACAP des parents ($f(1, 929) = 5.176, p = 0.023$) : ces ACAP sont significativement plus problématiques chez les parents d'enfants présentant eux-mêmes des ACAP plus importants. Les résultats indiquent aussi que les deux groupes diffèrent significativement selon l'IMC de l'enfant ($f(1, 865) = 38.220, p = 0.000$) : les enfants ayant des ACAP plus importants ont un IMC moyen significativement supérieur à ceux ayant des ACAP moindre. De plus, les résultats montrent que les groupes se distinguent selon l'indice de cohésion familiale ($f(1, 928) = 5.222, p = 0.023$) : la cohésion familiale est significativement plus élevée chez les enfants du GN.

Insérer Tableau 6 ici

Relation entre l'IMC et les attitudes et comportements alimentaires des enfants

Afin de déterminer si les ACAP des parents et la cohésion familiale pouvaient être inclus dans ces modèles, les corrélations ont d'abord été vérifiées. Les résultats des corrélations ont permis de conclure que les ACAP des parents ne pouvaient être inclus dans ces analyses du fait qu'ils ne corrèlent ni avec l'IMC, ni avec les ACAP des enfants. Ainsi, le modèle de base avec interaction testé inclus (a) l'IMC des enfants, (b) la cohésion familiale et (c) les ACAP des enfants (voir Figure 3). Tels que retrouvés au Tableau 7, les résultats indiquent que la cohésion

familiale n'agit pas comme modérateur significatif dans la relation entre l'IMC des enfants et leurs ACAP. Plus précisément, il ressort que l'IMC des enfants prédit ($p = 0.000$) leurs ACAP, mais que la cohésion familiale ne prédit pas ($p = 0.137$) les ACAP ni ne modère ($p = 0.393$) le lien entre l'IMC des enfants et les ACAP.

Insérer Figure 3 ici

Insérer Tableau 7 ici

Ensuite, un modèle d'invariance pour le genre du sujet a été testé en contrôlant l'âge des enfants participants. Tel que l'indique le tableau 8, le test d'invariance selon le genre s'avère significatif avec une différence de chi carré de 13.818, une différence de degré de liberté de 4 et $p = 0.0078$ (modèle fixe = 45.547 (12); modèle libre = 31.729 (8)). Ce qui permet de conclure que le modèle varie entre les garçons et les filles. En fait, les résultats montrent une modulation négative de la cohésion familiale sur la relation entre l'IMC des garçons et leurs ACAP. Cette modulation n'est pas identifiée chez les filles.

Insérer Tableau 8 ici

Finalement, le test d'invariance selon l'âge s'est avéré non significatif, avec une différence de chi carré de 4.637, une différence de degré de liberté de 4 et $p = 0.3266$ (modèle fixe = 12.015 (12); modèle libre = 7.378 (8)). On peut donc conclure que le modèle de modération ne varie pas en fonction de l'âge des préadolescents.

Discussion

La présente étude visait, dans un premier temps, à déterminer dans quelle mesure les préadolescents présentant des ACAP se distinguent des autres sur les plans des caractéristiques et des pratiques parentales ainsi que de la cohésion familiale. Les résultats indiquent que les deux groupes se ressemblent sur le plan des caractéristiques de leurs parents et des pratiques de ceux-ci. En fait, les ACAP des parents, l'IMC des enfants et l'indice de cohésion familiale ressortent comme les seules variables permettant de distinguer les deux groupes.

Dans un second temps, l'étude actuelle cherchait à vérifier si un facteur psychosocial comme la cohésion familiale peut modérer la relation entre l'IMC et les ACAP des préadolescents. Les résultats montrent que l'IMC des enfants de huit à 12 ans prédit l'adoption de leurs ACAP. Par ailleurs, le degré de cohésion familiale rapporté par les parents ressort comme un facteur pouvant affecter cette relation chez les garçons, mais pas chez les filles. Ce constat porte à croire que les mécanismes par lesquels les garçons développent des ACAP peuvent être en partie attribuables à des variables intrafamiliales. Quant à elles, les filles seraient sans doute plus vulnérables à d'autres sources ou variables d'influence.

Les caractéristiques familiales et individuelles des enfants rapportant des ACAP

Les résultats de l'étude actuelle permettent de distinguer les enfants du GN de ceux du GC en fonction des ACAP des parents. Bien que ces deux variables ne soient pas corrélées significativement l'une à l'autre, il semble tout de même que les ACAP des enfants demeurent liés, dans une certaine mesure, à ceux de leurs parents, tel qu'avancé par certains auteurs (Blissett, 2011 ; Blissett et Haycraft, 2011 ; Sweetman et al., 2011 ; Vereecken et al., 2010). En fait, les enfants ayant des ACAP importants ont plus souvent des parents ayant des ACAP similaires. Cela soutient l'idée selon laquelle les préoccupations ainsi que les attitudes et

comportements alimentaires des enfants, qu'ils soient problématiques ou non, peuvent être appris, voir même transmis par les modèles parentaux.

Les résultats de la présente recherche permettent aussi de relever qu'un IMC moyen plus élevé distingue les enfants rapportant des ACAP de ceux n'en rapportant pas. L'IMC des enfants et l'IMC des parents sont d'ailleurs corrélés à leurs ACAP respectifs. De plus, une corrélation entre l'IMC des parents et celui des enfants est relevée. Il semble alors possible de croire que les enfants ayant des ACAP possèdent des prédispositions personnelles et proviennent de familles où des enjeux liés au poids sont présents, lesquels pourraient influencer leurs attitudes et comportements alimentaires. La présente étude ne rapporte aucune corrélation entre les ACAP des parents et l'IMC des enfants. Les prochaines recherches pourraient alors tenter de voir si l'IMC des parents peut d'abord influencer leurs pratiques éducatives, tel que rapporté par Musher-Eizenman et al. (2009), lesquelles pourraient ensuite agir sur les attitudes et comportements alimentaires des enfants pour finalement influencer leur IMC.

De plus, la recherche actuelle rapporte une corrélation négative entre le poids des enfants et leur cohésion familiale. Elle fait aussi état d'une cohésion moindre dans les familles du GC. Une corrélation négative est d'ailleurs relevée entre les ACAP et la cohésion de leur famille, soutenant ainsi les résultats de Cromley et al. (2010). Dans ce sens, Noel et de Maynadier (2014) rapportent que les liens familiaux peuvent être hypothéqués lorsqu'un enfant présente un trouble du comportement alimentaire (TCA). Ils ajoutent qu'il est important d'investir les relations familiales dans l'intervention préventive et curative reliée aux problèmes de comportements alimentaires chez les préadolescents, ne serait-ce que pour prévenir l'apparition du trouble dans la fratrie, suggérant ainsi les particularités interactives liées aux comportements alimentaires. Les résultats de ces auteurs, obtenus auprès d'enfants ayant un TCA semblent avoir le potentiel de

correspondre à une population non clinique d'enfants rapportant des attitudes et comportements alimentaires les rendant à risque de développer des TCA.

Contrairement à ce que d'autres auteures proposent, les résultats de la présente recherche ne permettent pas d'associer les ACAP à des caractéristiques sociodémographiques parentales particulières. En effet, l'étude n'a révélé aucune différence significative entre les groupes pour le niveau de scolarité des parents. Il est à noter que l'âge des enfants inclus dans les échantillons des études antérieures recensées était de moins de 7 ans (Blissett & Haycraft, 2008 ; Gregory et al., 2010 ; Musher-Eizenman et al., 2009), ce qui pourrait expliquer la différence de résultats avec l'étude actuelle. Donc, il semble possible que le niveau d'éducation des parents influence plus fortement les attitudes et comportements alimentaires des enfants lorsqu'ils sont en bas âge.

Dans le même sens, les résultats observés par Greve (2011) concernant l'influence du niveau d'investissement professionnel maternel n'ont pas été répliqués dans l'étude actuelle, possiblement du fait qu'un seul parent était considéré comme répondant. Effectivement, tel que l'étude de Greve le rapporte, des impacts optimaux sur les comportements alimentaires des enfants sont observables lorsque l'investissement professionnel de la mère est associé à l'implication du père dans la santé des enfants. En ce sens, il ne s'agirait pas de calculer l'impact du nombre d'heures au travail d'un seul parent, mais plutôt de s'intéresser au cumul des heures de travail des deux parents, à la qualité des soins parentaux ainsi qu'à la qualité des services de garde. Il est important de mentionner que la présente étude rapporte un taux de 83.9% de mères comme parents répondants. Cette proportion pourrait indiquer que les mères québécoises se sentent plus interpellées que les pères par la prise en charge alimentaire des enfants, phénomène d'ailleurs soulevé par Blissett et al. (2006). Il est aussi possible que les mères soient plus enclines que les pères à répondre à des questionnaires. Or, tel que Greve (2011) le soulève, l'implication des pères auprès des enfants peut avoir une influence significative sur leur santé. Les prochaines

études pourraient alors étudier l'influence de l'investissement professionnel des deux parents tout en incluant des variables portant sur la coparentalité.

Les résultats obtenus indiquent par ailleurs que les enfants qui rapportent des ACAP plus prononcés ne sont pas plus à risque que les autres d'avoir des parents ayant dû consulter un professionnel de la santé pour des difficultés psychologiques. Ces résultats semblent différer de ceux d'autres auteurs ayant conclu que les symptômes de détresse psychologique parentaux étaient susceptibles d'influencer l'IMC de l'enfant (Decaluwé et al., 2006), la préoccupation pour la minceur (Cromley et al. 2010) et l'autorégulation alimentaire des enfants (Blissett & Haycraft, 2011). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la présente recherche mesure le comportement d'aller chercher de l'aide pour des problèmes psychologiques et non pas la propension à rapporter des symptômes liés à une détresse psychologique. Il est probable que les personnes qui prennent les mesures nécessaires pour consulter présentent une intensité de symptômes plus importante que ceux qui ne jugent pas nécessaire de demander de l'aide professionnelle. Ainsi, dans l'étude actuelle, il ne semble pas que les parents des enfants ayant des ACAP soient plus à risque que ceux des autres enfants de consulter pour des problèmes psychologiques. Ceci pourrait également s'expliquer par un biais d'échantillonnage, puisque le GC composé pour l'étude présentait des ACAP de moindre intensité que ceux associés à un seuil clinique de 20 au EAT-26.

Les pratiques de contrôle parental ne semblent pas non plus différer selon que l'enfant soit dans le GC ou le GN. Or, de nombreux écrits suggèrent que ces dernières seraient associées à des attitudes et comportements alimentaires chez les enfants (Blissett, 2011 ; Blissett et al., 2006 ; Galloway et al., 2006 ; Orrell-Valente et al., 2006 ; Powell et al., 2011). Cette différence entre les résultats de l'étude actuelle et ceux d'études antérieures s'explique possiblement par des divergences quant aux types de mesures utilisées. En effet, les études antérieures utilisaient des

outils validés scientifiquement et possiblement plus sensibles. Le biais lié à l'échantillonnage peut aussi avoir contribué à cette différence de résultats du fait que le GC présentait une intensité de problématique moindre que celle typiquement associée à un seuil clinique de 20 au EAT-26. De plus, il semble probable que les études antérieures aient rapporté des résultats supérieurs en partie parce qu'elles ciblaient des groupes d'enfants plus jeunes. Des études longitudinales seraient alors intéressantes afin d'être plus en mesure de déterminer à quel moment de la trajectoire développementale des enfants les pratiques de contrôle sont les plus influentes.

Il ressort également des résultats que la fréquence des repas en famille n'est pas associée à un plus grand risque d'ACAP chez les enfants. Il semble donc possible que la qualité des interactions familiales et le climat affectif représentent une dimension plus significative de la cohésion familiale que la fréquence des repas en famille. Cela invite à associer la fréquence des repas en famille à la cohésion familiale avec prudence, du moins chez les préadolescents. Possiblement que la fréquence des repas en famille contribue à évaluer la cohésion familiale, tel que le suggère Franko et al. (2008), mais que des facteurs qualitatifs se doivent aussi d'être considérés.

La cohésion familiale comme modérateur de la relation entre l'IMC et les ACAP

Les résultats actuels suggèrent que non seulement la cohésion familiale puisse contribuer à distinguer les enfants rapportant des ACAP de ceux issus d'un GN, mais qu'elle puisse également jouer un rôle protecteur pour les garçons ayant un IMC plus élevé et étant à risque d'ACAP. Ainsi, comme le suggère Van Der Horst (2012), un climat positif à l'heure des repas pourrait favoriser le plaisir de manger, voire même prévenir des ACAP. Les présents résultats vont par ailleurs plus loin que ceux des études antérieures puisqu'ils s'intéressent à l'influence possible de la qualité des interactions entre les parents et les enfants non seulement pendant les repas mais en général. Ainsi, en promouvant le développement ou le maintien de relations

familiales de qualité, basées sur le respect et la réciprocité, il semble même possible de contribuer à prévenir des ACAP chez les garçons jugés plus à risque de par un IMC plus élevé.

Chez les filles, la cohésion familiale ne semble toutefois pas avoir le même effet protecteur. Ainsi, les mécanismes par lesquels l'IMC agit sur le comportement alimentaire seraient complexes et impliqueraient de nombreux facteurs, incluant possiblement l'insatisfaction corporelle (Neumark-Sztainer et al., 2006), l'influence des médias (Spurr, Berry & Walker, 2013), la discrimination et la stigmatisation rapportées par Puhl et Heuer (2010). Les préadolescentes seraient soumises à de nombreux messages indirects les invitant à s'assurer que leur IMC corresponde aux attentes et normes sociales. Cela pourrait expliquer l'adoption d'ACAP à des fins de normalisation de leur image corporelle

La présente étude comprend plusieurs limites qui se doivent d'être relevées. Tout d'abord, l'échantillon utilisé présente un niveau d'éducation parentale favorisé. De plus, la participation était volontaire et seuls les enfants dont les parents consentaient non seulement à les laisser participer, mais aussi à participer eux-mêmes ont pu être inclus dans l'étude. Il est donc probable que les familles vulnérables ne se soient pas engagées dans la collecte de données, ce qui limite la généralisation des résultats de l'étude actuelle à une population plus élargie de préadolescents. Ceci dit, ce biais relié à la difficulté de recueillir des données auprès d'une population plus vulnérable, voire même plus à risque d'être considérée clinique, demeure inhérent aux collectes de données auto rapportées. Il est aussi important de mentionner que les données recueillies à l'aide de questions maisons demeurent moins rigoureuses et peuvent générer des résultats moins fiables. Dans ce sens, la mesure concernant la consultation des parents pour des problèmes de santé mentale et/ou nutritionnels sous-entend une consultation non circonscrite dans le temps. Cette question ne distingue alors pas les parents susceptibles d'avoir cheminés suite à un processus personnel passé, engagé sur le long terme. Il pourrait être préférable de s'intéresser à la

consultation d'un professionnel au cours de la dernière année, pour identifier les parents susceptibles d'être au prise avec des problématiques psychologiques actuelles, lesquels pourraient influencer les attitudes et comportements alimentaires de leurs enfants. Les prochaines recherches pourraient donc privilégier des instruments de mesures standardisés afin de réduire le risque d'erreur de type 2.

Puis, comme la présente recherche n'implique qu'une dyade parent-enfant par famille, il est difficile de relier ces résultats à des variables élargies. De ce fait, comme l'étude ne s'intéresse qu'aux caractéristiques et pratiques parentales ainsi qu'à la cohésion familiale, elle ne permet pas de garantir que l'influence de ces variables maintiendrait leur poids relatif si d'autres variables étaient impliquées dans les analyses. D'autres variables telles que la fratrie, la coparentalité, le réseau social ou les médias devraient être incluses dans des recherches subséquentes afin d'analyser leur interaction et leur variance, et ainsi mieux comprendre les mécanismes influençant les attitudes et comportements alimentaires des enfants.

De plus, le devis transversal de la présente étude ne permet pas de déterminer, de manière longitudinale, si un poids plus élevé donne lieu à des problèmes alimentaires ou si ce sont plutôt les problèmes d'alimentation chez les enfants qui leur occasionnent des problèmes de poids. En fait, il n'est pas exclu de croire que les variables parentales ainsi que les attitudes et comportements alimentaires des enfants s'interinfluencent tel que le suggèrent de nombreux auteurs (Cromley et al. 2010 ; Farrow et al., 2009 ; Van Der Horst, 2012 ; Webber et al., 2010). En ce sens, il a été soutenu que les pratiques alimentaires des parents diffèrent et sont adaptées selon leur enfant (Farrow et al., 2009). Ainsi, il n'y aurait pas de liens causaux unidirectionnels entre les pratiques ou les attitudes et comportements alimentaires des parents et ceux de leurs enfants. Il s'agirait possiblement davantage d'une influence mutuelle avec des composantes relationnelles.

Malgré ces limites, la présente recherche comprend plusieurs considérations importantes qui permettent de contribuer à l'avancement des connaissances. L'échantillon étudié, étant originaire du Québec, met de l'avant des résultats éclairants pour l'intervention auprès de cette population précise. De plus, l'échantillon comprenait une proportion importante de garçons répondants, ce qui a permis de distinguer l'influence de la cohésion familiale pour ces derniers, en comparaison avec les filles. Ensuite, comme la littérature comprend peu d'études ayant été conduites auprès des préadolescents, la présente recherche se veut innovante et favorable au développement d'interventions précoces ainsi qu'à l'orientation de nouvelles recherches auprès de ce groupe d'âge. La présente recherche contribue enfin au développement des connaissances liées à l'impact de la cohésion familiale sur le comportement alimentaire des préadolescents, sujet encore peu investi.

Conclusion

Considérations cliniques

Pris dans leur ensemble, les résultats de cette étude présentent une portée clinique intéressante. Par exemple, ils soutiennent l'idée selon laquelle les parents influencent les attitudes et comportements alimentaires de leurs enfants de par leur rôle de modèle. Ainsi, les parents peuvent aider à prévenir les ACAP de leurs enfants en agissant sur leurs propres attitudes et comportements. La simple exposition à un modèle positif peut donc avoir un effet protecteur sur les enfants et ainsi les outiller à faire face aux divers facteurs extra-familiaux qui les rendent plus vulnérables de recourir à des ACAP. Dans le même sens, une intervention efficace auprès des parents peut indirectement avoir des effets positifs sur leurs enfants.

De plus, il semble que la cohésion familiale puisse engendrer un climat favorable à l'adoption d'attitudes et comportements alimentaires jugés sains. Donc, le climat familial positif et la santé relationnelle entre membre d'une même famille seraient protecteurs devant les ACAP. Ainsi, l'intervention familiale, qu'elle soit d'ordre alimentaire ou non, se doit d'être promue du fait qu'elle aurait un effet positif sur le comportement alimentaire des enfants.

En somme, les enfants présentant des tendances au surpoids profiteraient particulièrement de modèles positifs et de relations familiales chaleureuses afin de réduire leur risque d'avoir recours à des ACAP visant la perte de poids. Les psychoéducateurs étant spécialisés dans le développement de relations optimales représentent donc des professionnels de premier choix dans l'intervention préventive et curative concernant le développement de saines habitudes alimentaires.

Toutefois, comme la présente étude le soulève, l'intervention à l'échelle familiale ne protège pas également tous les préadolescents. Les filles demeurent particulièrement vulnérables aux standards de beauté véhiculés dans les médias ainsi que par leurs pairs et leurs proches. Il

serait donc intéressant d'inclure des programmes de soutien préventif dès l'école primaire, dans le but de soutenir les préadolescentes à faire face aux divers facteurs influençant l'évaluation négative qu'elles peuvent développer devant leur corps.

Certaines techniques d'intervention déjà élaborées pourraient être implantées au programme scolaire ou présentées dans les familles à risque d'ACAP. Par exemple, *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* (BTBP) est un programme québécois disponible auprès de l'organisme *Équilibre*. Ce dernier a pour mission de « Prévenir et diminuer les problèmes reliés au poids et à l'image corporelle dans la population, par des actions encourageant et facilitant le développement d'une image corporelle positive et l'adoption de saines habitudes de vie. » (ÉquiLibre, 2017). BTBP est un programme qui s'utilise auprès des jeunes du primaire et du secondaire. Les ateliers *La beauté autour du monde* et *La vraie valeur d'une personne* pourraient être implantés au programme scolaire du groupe d'âge étudié dans la présente recherche puisqu'ils ciblent les élèves de cinquième année.

En ce qui concerne l'intervention sur la stigmatisation par rapport au poids, l'association pour la santé publique du Québec (ASPQ) propose 2 guides pédagogiques. L'un s'utilise dans les cours d'éducation physique et l'autre dans le cours d'éthique et culture religieuse (ASPQ, 2017). Ces activités ciblent les adolescents québécois de 14 à 18 ans et peuvent être animés par les professeurs à travers leur programmation scolaire. Ils pourraient donc être utilisés dans le parcours scolaire des élèves du secondaire afin de contribuer à la prévention de l'intimidation par rapport au poids des adolescents.

Enfin, d'autres variables psychosociales telles que l'image corporelle ou l'intimidation par rapport au poids mériteraient d'être incluses dans des modèles explicatifs plus complexes de la relation entre l'IMC des enfants et leurs ACAP. Dans ce sens, les recherches subséquentes

pourraient considérer une diversité de variables afin d'en mesurer leur interaction et permettre ainsi d'identifier, plus clairement, les cibles d'intervention les plus pertinentes.

Références bibliographiques

- Abignente, G. (2004). *Les racines et les ailes. Ressources, tâches et embûches de la famille*. Bruxelles, Belgique : Édition De Boeck.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Association pour la santé publique du Québec, (2017). Repéré dans <http://www.changezderegard.com/enseignants>
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Family functioning: Associations with weight status, eating behaviors, and physical activity in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 52*, 351-357
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite, 57*, 826-831.
doi:10.1016/j.appet.2011.05.318
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite, 50*, 477-485. doi:10.1016/j.appet.2007.10.003
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *Journal of Psychosomatic Research, 70*, 368-371.
doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.006
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite, 47*, 212-219. doi:10.1016/j.appet.2006.04.002
- Brown, J. E., Broom, D. H., Nicholson, J. M., & Bittman, M. (2010). Do working mothers raise couch potato kids? Maternal employment and children's lifestyle behaviours and weight in early childhood. *Social Science & Medicine, 70*, 1816-1824.
doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.040

Burgess-Champoux, T., Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Story, M. (2009).

Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *41*(2), 79-86.

doi : 10.1016/j.jneb.2008.03.113

Cromley, T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents.

Journal of Adolescent Health, *47*, 263-269. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.009

Decaluwé, V., Braet, C., Moens, E., & Van Vlierberghe, L.. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *International Journal of Obesity*, *30*, 1766-1774.

De Lauzon-Guillain, B., Musher-Eizenman, D., Leporc, E., Holub, S., & Charles, M. A. (2009).

Parental feeding practices in the United States and in France: Relationships with child's characteristics and parent's eating behavior. *American Dietetic Association*, *109*, 1064-

1069. doi: 10.1016/j.jada.2009.03.008

Dulude, G., & Marquis, M. (2013). Relations entre les pratiques alimentaires maternelles et l'alimentation d'enfants québécois d'âge préscolaire. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, *74*(3), 199-123. doi: 10.3148/74.3.2013.119

ÉquiLibre. *Mission*. (2017). Repéré dans <http://www.equilibre.ca/a-propos-equilibre/mission/>

Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, NY: The Guilford Press.

Farrow, C. V. (2012). Do parental feeding practices moderate the relationships between impulsivity and eating in children? *Eating Behaviors*, *13*, 150-153.

doi:10.1016/j.eatbeh.2011.11.015

- Farrow, C. V., Galloway, A. T., & Fraser, K. (2009). Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite*, *52*, 307-312.
doi:10.1016/j.appet.2008.10.009
- Franko, D. L., Thompson, D., Affenito, S. G., & Barton, B. A. (2008). What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues? *Health Psychology*, *27*(2), 109-117. doi: 10.1037/0278-6133.27.2
- Fulkerson, J. A., Kubik, M. Y., Story, M., Lytle, L., & Arcan, C. (2009). Are there nutritional and other benefits associated with family meals among at-risk youth? *Journal of Adolescent Health*, *45*, 389-395. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.02.011
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, *46*, 318-323. doi:10.1016/j.appet.2006.01.019
- Garner, D. M. & Garfinkle, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological. Medecine.*, *9*, 273-279.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders (2nd ed.)*. New York : The Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The EAT: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medecine*, *12*, 871-878.
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2010). Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2- to 4-year-old children. *Appetite*, *54*, 550-556.
doi:10.1016/j.appet.2010.02.013

- Greve, J. (2011). New results on the effect of maternal work hours on children's overweight status: Does the quality of child care matter? *Labour Economics*, *18*, 579-590.
doi:10.1016/j.labeco.2011.03.003
- Han, J. C., Lawlor, D. A., & Kim, S. Y. S. (2010). Childhood obesity. *Lancet*, *375*, 1737-1748.
Doi:10.1016/ S0140-6736(10)60171-7
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2012). Predictors of paternal and maternal controlling feeding practices with 2- to 5-years-old children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *44*(5), 390-397. doi:10.1016/j.jneb.2010.03.001
- Hughes, A.R., Sherriff, A., Lawlor, D. A., Ness, A. R., & Reilly, J. J. (2011). Timing of excess weight gain in the Avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC) *Pediatrics* *127*(3) 730-736. doi: 10.1542/peds.2010-0959
- Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., Hannan, J., & Story, M. (2007). Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*, *107*, 1502-1510. doi: 10.1016/j.jada.2007.06.012
- Maloney, M., Bell McGuire, J., & Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27* (5), 541-543.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2013). Indice de défavorisation par école.
Repéré dans
http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/stat_Indices_defavorisation_2013_2014.pdf
- Musher-Eizenman, D.R., De Lauzon-Guillain, B., Holub, S. C., Leporc, E., & Charles, M. A. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-

cultural examination in the US and France. *Appetite*, 52, 89-95.

doi:10.1016/j.appet.2008.08.007

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251. doi : 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001

Noel, L. & de Maynadier. (2014). La fratrie de l'enfant anorexique. *Archives de pédiatrie*, 21, 1149-1152. doi.org/10.1016/j.arcped.2014.06.003

Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y., (1985). *Family Adaptability and Cohesion Scales III (FACES-III)*. Family Social Science, University of Minnesota.

Organisme mondial de la santé. (2016, juin) *Obésité et surpoids*. Repéré dans <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2006). “Just three more bites”: An observational analysis of parents’ socialization of children’s eating at mealtime. *Appetite*, 48, 37-45. doi:10.1016/j.appet.2006.06.006

Powell, F. C., Farrow, C. V., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57, 683-692.

doi:10.1016/j.appet.2011.08.011

Shields, M. (2006). *L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents* (Rapport no 82-003). Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

Smolak, L., & Levine, M. P. (1993). Psychometric Properties of the Children’s Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 275-282.

- Spurr, S., Berry, L., & Walker, K. (2013). Exploring adolescent views of body image: the influence of media. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 36*(1-2), 17-36. doi: 10.3109/01460862.2013.776145
- Statistique Canada. (2015, 26 août). Étude : Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents aux États-Unis et au Canada, 1976 à 2013. *Le Quotidien*, 1-4.
- Statistique Canada. *Revenu total médian selon le type de famille, par province et territoire (Toutes les familles de recensement)*. Repéré dans <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/famil108a-fra.htm>
- Sweetman, C., McGowan, L., Croker, H., & Cooke, L. (2011). Characteristics of Family Mealtimes Affecting Children's Vegetable Consumption and Liking. *American Dietetic Association, 111*, 269-273. doi: 10.1016/j.jada.2010.10.050
- Tan, S., Yilmaz, A. E., Karabel, M., Kara, S., Aldemir, S., & Karabel, D. (2012). Children with food refusal: An assessment of parental eating attitudes and their styles of coping with stress. *Journal of the Chinese Medical Association, 75*, 209-215.
- Tantleff-Dunn, S., Barnes, R.D., & Larose, J.G. (2011). It's not just a "woman thing": The current state of normative discontent. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 19*, 392-402. Doi: 10.1080/10640266.2011.609088
- Tubiana-Rufi, N., Moret, L., Bean, K., Mesbah, M., Feard, S., Deschamps, J.P., Czernichow, P., & Chwalow, A.J. (1991). Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III): un outil pour la recherche et la pratique clinique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 39*(6): 531-541.
- Valls, M., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et trouble alimentaires selon le genre. *Psychologie française, 58*, 229-240. doi.org/10.1016/j.psfr.2013.06.002

Van Der Horst, K. (2012). Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite*, 58, 567-574. doi:10.1016/j.appet.2011.12.019

Vereecken, C., Rovner, A., & Maes, L. (2010). Associations of parenting styles, parental feeding practices and child characteristics with young children's fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 55, 589-596. doi:10.1016/j.appet.2010.09.009

Webber, L., Cooke, L., Hill, C., Wardle, J. (2010). Associations between children's appetitive traits and maternal feeding practices. *American Dietetic Association*, 110(11), 1718-1722. doi: 10.1016/j.jada.2010.08.007

Welsh, E. M., French, S. A., & Wall, M. (2011). Examining the relationship between family meal frequency and individual dietary intake: Does family cohesion play a role? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 229-235. doi:10.1016/j.jneb.2010.03.009

Annexes

Tableau 1. Corrélations entre les variables

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Nombre d'heures travaillées par semaine	1							
2. Nombre d'enfants	-,087**	1						
3. Nombre de diètes au cours des 5 dernières années	,013	-,041	1					
4. IMC du parent	-,037	,009	,236**	1				
5. IMC objectif de l'enfant	-,041	-,025	,040	,267**	1			
6. FACES-III Échelle de cohésion familiale	-,005	-,029	-,054	-,069	-,064*	1		
7. EAT-26	-,032	-,032	,339**	,225**	,063	,027	1	
8. ChEAT-26	,047	,009	-,021	,001	,233**	-,075*	,058	1

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Tableau 2. Niveau d'éducation des parents des groupes contrôle et clinique

Variables	Niveau d'éducation des parents									X ²	p
	n (%)	Pri n (%)	Sec n (%)	Prof n (%)	Cég n (%)	Cert n (%)	Bac n (%)	Mait n (%)	Doc n (%)		
Comportements alimentaires des enfants										8.903	0.260
Groupe contrôle	875 (94)	24 (86)	74 (90)	143 (93)	237 (93)	96 (95)	235 (96)	53 (96)	13 (100)		
Groupe clinique	56 (6)	4 (14)	8 (10)	10 (7)	17 (7)	5 (5)	10 (4)	2 (4)	0 (0)		
Total	931 (100)	28 (3)	82 (9)	153 (16)	254 (27)	101 (11)	245 (26)	55 (6)	13 (1)		

Tableau 3. Pourcentage de parents ayant consulté ou non pour des problèmes de santé mentale ou d'alimentation et ayant fait ou non une diète avec leur enfant

Variables	<i>n</i> (%)	Consultation professionnel-le santé mentale (psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.)		X^2	<i>p</i>
		Oui <i>n</i> (%)	Non <i>n</i> (%)		
Comportements alimentaires des enfants				2.325	0.127
Groupe contrôle	867 (94%)	359 (93%)	508 (95%)		
Groupe clinique	56 (6%)	29 (7%)	27 (5%)		
Total	923 (100%)	388 (42%)	535 (58%)		
Variables	<i>n</i> (%)	Consultation nutritionniste ou kinésologue		X^2	<i>p</i>
		Oui <i>n</i> (%)	Non <i>n</i> (%)		
Comportements alimentaires des enfants				2.627	0.105
Groupe contrôle	870 (94%)	150 (91%)	720 (95%)		
Groupe clinique	54 (6%)	14 (9%)	40 (5%)		
Total	924 (100%)	164 (18%)	760 (82%)		
Variables	<i>n</i> (%)	Diète parent avec enfant		X^2	<i>p</i>
		Oui <i>n</i> (%)	Non <i>n</i> (%)		
Comportements alimentaires des enfants				0.305	0.959
Groupe contrôle	850 (94%)	3 (50%)	847 (95%)		
Groupe clinique	52 (6%)	3 (50%)	49 (5%)		
Total	902 (100%)	6 (1%)	896 (99%)		

Tableau 4. Pratiques parentales en fonction des groupes contrôle et clinique

		Nombre de repas en famille (fin de semaine)			X ²	p
		Au moins 2				
Variables	n (%)	Tous les repas n (%)	repas par jour n (%)	Un repas ou moins par jour n (%)		
Comportements alimentaires des enfants					5.722	0.057
Groupe contrôle	874 (94%)	502 (95%)	281 (94%)	91 (89%)		
Groupe clinique	54 (6%)	25 (5%)	18 (6%)	11 (11%)		
Total	928 (100%)	527 (57%)	299 (32%)	102 (11%)		
		Nombre de repas en famille (en semaine)			X ²	p
		Au moins 2				
Variables	n (%)	Tous les repas n (%)	repas par jour n (%)	Un repas ou moins par jour n (%)		
Comportements alimentaires des enfants					0.227	0.893
Groupe contrôle	874 (94%)	151 (95%)	309 (94%)	414 (94%)		
Groupe clinique	54 (6%)	8 (5%)	20 (6%)	26 (6%)		
Total	928 (100%)	159 (17%)	329 (35%)	440 (47%)		
		Contrôle de la QUALITÉ du choix alimentaire			X ²	p
Variables	n	Parent	Enfant	Les deux		
Comportements alimentaires des enfants					3.157	0.206
Groupe contrôle	859 (94%)	630 (95%)	6 (100%)	223 (92%)		
Groupe clinique	55	35	0	20		

Total	(6%) 914 (100%)	(5%) 665 (73%)	(0%) 6 (1%)	(8%) 243 (27%)		
Contrôle						
QUANTITÉ du choix alimentaire						
Variables	<i>n</i> (%)	Parent <i>n</i> (%)	Enfant <i>n</i> (%)	Les deux <i>n</i> (%)	X^2	<i>p</i>
Comportements alimentaires des enfants						
					5.536	0.063
Groupe contrôle	871 (94%)	204 (91%)	161 (94%)	506 (95%)		
Groupe clinique	55 (6%)	20 (9%)	11 (6%)	24 (5%)		
Total	926 (100%)	224 (24%)	172 (19%)	530 (57%)		
Attitude du parent quant aux gâteries						
Variables	<i>n</i> (%)	Pas de gâteries <i>n</i> (%)	Certaines restrictions <i>n</i> (%)	Gâteries comme récompense <i>n</i> (%)	X^2	<i>p</i>
Comportements alimentaires des enfants						
					4.236	0.120
Groupe contrôle	869 (94%)	23 (85%)	796 (94%)	50 (96%)		
Groupe clinique	55 (6%)	4 (15%)	49 (6%)	2 (4%)		
Total	924 (100%)	27 (3%)	845 (91%)	52 (6%)		

Tableau 5. Pressions alimentaires rapportées par les parents des enfants des groupes contrôle et clinique

Variables	n (%)	Insister pour que l'enfant finisse son assiette				X ²	p
		Jamais n (%)	Parfois n (%)	Souvent n (%)	Chaque repas n (%)		
Comportements alimentaires des enfants						3.747	0.290
Groupe contrôle	876 (94%)	235 (93%)	536 (95%)	89 (92%)	16 (89%)		
Groupe clinique	55 (6%)	18 (7%)	27 (5%)	8 (8%)	2 (11%)		
Total	931 (100%)	253 (27%)	563 (60%)	97 (10%)	18 (2%)		

Tableau 6. Caractéristiques sociodémographiques, familiales et alimentaires en fonction des groupes contrôle et clinique

Variables	GN (<i>n</i> =1003) M (É.-T.)	GC (<i>n</i> =55) M (É.-T.)	Valeur <i>f</i>	(<i>p</i>)
nombre d'heures travaillées par semaine	35,44 (10,65)	36,41 (11,11)	0,341	0,559
nombre d'enfants	2,3643 (1)	2,3214 (1,05)	0,097	0,756
nombre de diètes du parent dans les 5 dernières années	0,6636 (1,46)	0,5625 (0,92)	0,226	0,635
IMC du parent	26.2 (5.08)	25.72 (4.60)	0,305	0,581
IMC de l'enfant	17,9050 (2,99)	20,6674 (4,47)	38,220	0,000
Cohésion familiale	40,2489 (5,28)	38,5741 (4,23)	5,222	0,023
EAT-26	6,1497 (5,96)	8,0179 (5,91)	5,176	0,023

Tableau 7. Coefficients du modèle de modération de base considérant l'effet de la cohésion sur la relation entre l'IMC et les ACAP

	b	se	<i>p</i>	Beta
IMCfinal	1,190	0,253	0,000	0,235
Cohesion	-0,219	0,147	0,137	-0,043
Interaction	-0,154	0,180	0,393	-0,035

Tableau 8. Coefficients du modèle considérant l'effet de la cohésion sur la relation entre l'IMC et les ACAP selon le sexe

Gars n413				
	b	se	<i>p</i>	Beta
AgeTOT	-0,114	0,180	0,526	-0,034
IMCfinal	0,647	0,330	0,050	0,163
Cohesion	-0,225	0,232	0,332	-0,057
Interaction	-0,554	0,284	0,051	-0,155
Filles n547				
	b	se	<i>p</i>	Beta
AgeTOT	-0,142	0,218	0,515	-0,029
IMCfinal	1,621	0,365	0,000	0,281
Cohesion	-0,260	0,201	0,196	-0,045
Interaction	0,134	0,224	0,549	0,027

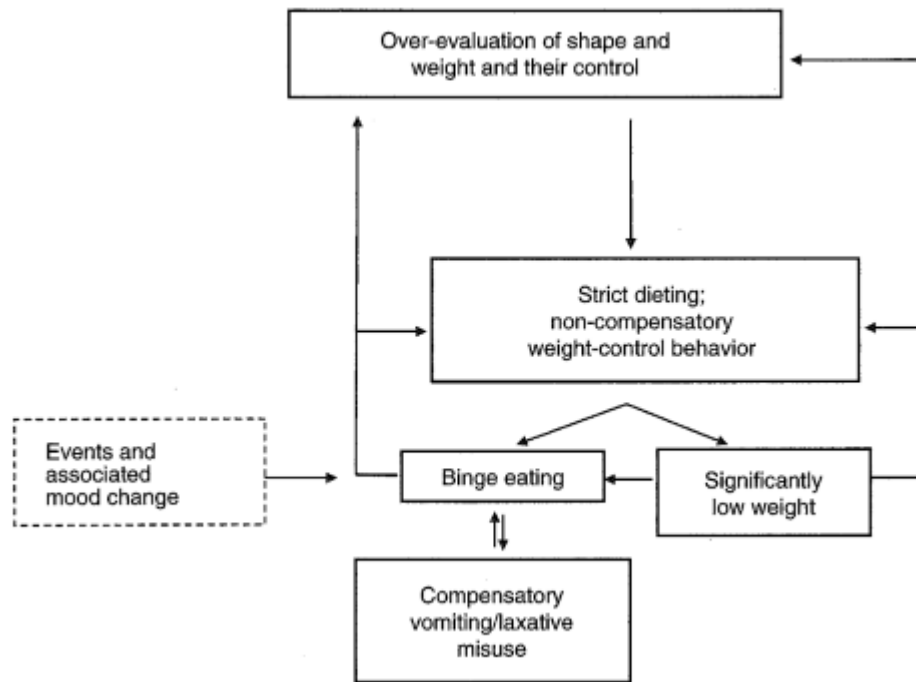


Figure 1. «The binge-eating/purging anorexia nervosa formulation » (Fairburn, 2008, p. 157)

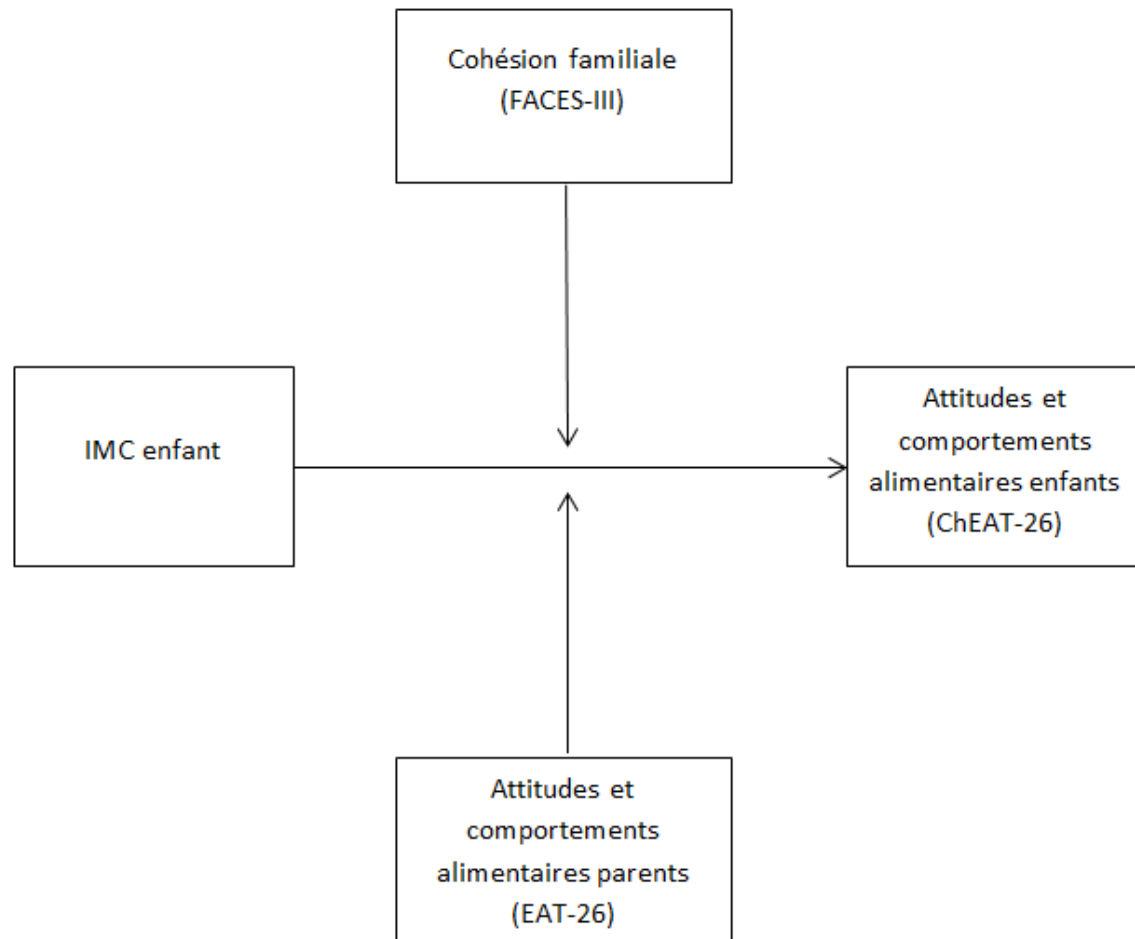


Figure 2. Modèle de modération incluant la cohésion familiale et les attitudes et comportements alimentaires des parents

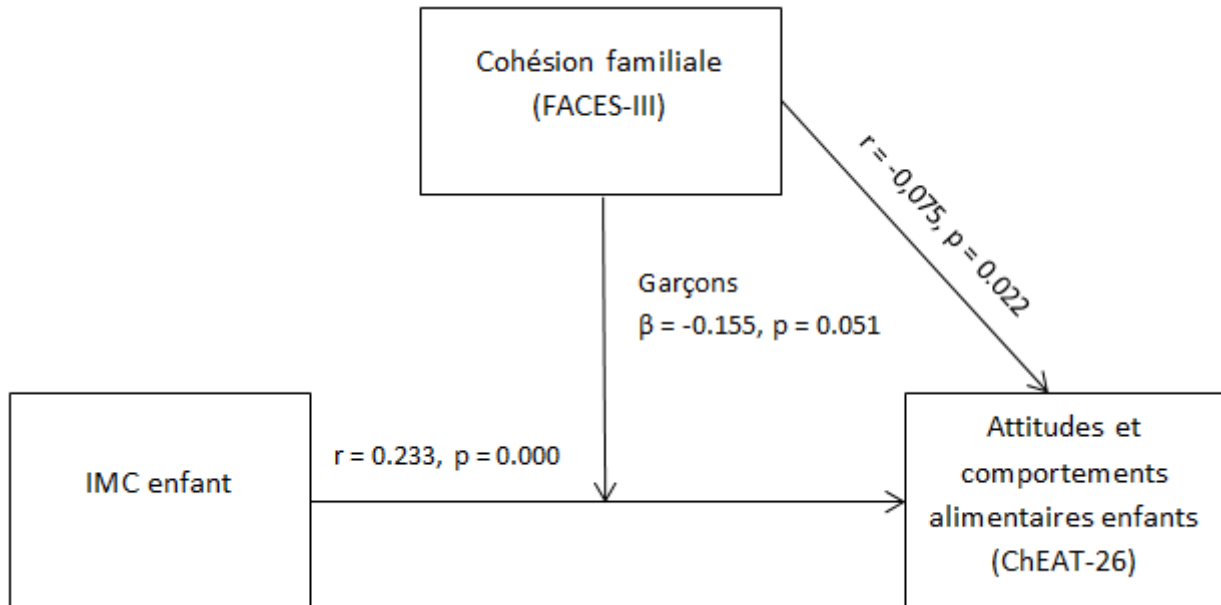


Figure 3. Modèle de médiation et de modération incluant la cohésion familiale