

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Est-ce que les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi au moment du diagnostic
peuvent prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez une clientèle adolescente?

par

Stéphanie Cloutier

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Maîtrise en Psychoéducation

Septembre, 2018

© Stéphanie Cloutier, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Est-ce que les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi au moment du diagnostic peuvent prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez une clientèle adolescente?

Stéphanie Cloutier

Évalué par un jury composé des personnes suivantes:

_____ Directrice de recherche
(Isabelle Thibault)

_____ Évaluateur externe
(Jean-Pascal Lemelin)

_____ Évaluatrice externe
(Geneviève Paquette)

Mémoire accepté le: _____

SOMMAIRE

L'anorexie mentale est source de préoccupations, considérant qu'il s'agit de la troisième problématique de santé mentale la plus courante chez les adolescentes (Faje *et al.*, 2014), précédée de l'anxiété et de la dépression (Gouvernement du Québec, 2013). L'anorexie mentale a également le plus haut taux de mortalité parmi les problèmes de santé mentale, mortalité principalement liée au suicide ou aux conséquences physiques de la problématique (par exemple: arrêt cardiaque, déchirure de l'œsophage, etc.) (Alvin et Archambeaud, 2001; Arcelus, Mitchell, Wales et Nielsen, 2011; Fisher, 2003; Hoek, 1993; Löwe, Zipfel, Buchholz, Dupont, Reas et Herzog 2001; Neinstein, 2009; Steinhausen, 2002). De plus, l'anorexie mentale a un mauvais pronostic dans plus de 50 % des cas (Deter et Herzog, 1994; Sauro, Castellini, Lelli, Faravelli et Ricca, 2013; Strober, Freeman et Morrell, 1997).

Si les mécanismes liés au développement de l'anorexie mentale sont bien compris, ceux associés à l'évolution de cette problématique demeurent relativement méconnus. Selon plusieurs chercheurs, il est essentiel d'améliorer la compréhension des facteurs impliqués dans le processus de changement des personnes présentant une anorexie mentale, considérant l'évolution très variable de cette population (Gumz *et al.*, 2015; Schlegl, Quadflieg, Löwe, Cuntz et Voderholzer, 2014). Un modèle théorique (Thibault, Pauzé, Cloutier et Ouellet, en préparation) ciblant les principaux facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de la problématique a été développé pour ce projet de mémoire. Il met en lumière les différents facteurs de risque impliqués dans le développement de l'anorexie mentale, notamment le perfectionnisme et l'estime de soi. Considérant le rôle central joué par l'estime de soi et le perfectionnisme dans le développement de l'anorexie mentale (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, Uppala *et al.*, 2007; Button et Warren, 2002; Karatzias, Chouliara, Power, Collin, Yellowlees et Grierson, 2010; Machado, Gonçalves, Martins, Hoek et Machado, 2014), la présente recherche vise à analyser si les niveaux de perfectionnisme

et d'estime de soi au moment du diagnostic peuvent prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez une clientèle adolescente. Pour ce faire, trois objectifs spécifiques sont poursuivis: 1. décrire les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi des participantes ayant une anorexie mentale au moment de leur admission dans un programme d'intervention (T1) et un an après que le diagnostic ait été émis (T2); 2. analyser l'évolution du perfectionnisme et de l'estime de soi entre le T1 et le T2 dans ce même échantillon; 3. déterminer l'effet du perfectionnisme ou de l'estime de soi sur l'évolution de l'anorexie mentale. Cette étude longitudinale comporte deux temps de mesure, soit le T1 (admission de la jeune dans un programme) et le T2 (un an après l'admission de la jeune dans le programme). L'échantillon est composé de 52 adolescentes âgées en moyenne de 14,96 ans (1,62) ayant un diagnostic d'anorexie mentale. Les variables indépendantes (perfectionnisme et estime de soi) ont été évaluées au T1 ainsi qu'au T2. La variable dépendante (évolution) a été évaluée également au T1 et au T2. Des analyses descriptives (objectif 1), comparatives (objectif 2) et des régressions (objectif 3) ont été réalisées.

Les résultats de cette étude indiquent que pour le premier objectif, les adolescentes présentent en moyenne un niveau de difficulté faible pour le perfectionnisme et l'estime de soi au T1 et au T2, et ce, en comparaison avec un groupe d'adolescentes ayant une anorexie mentale. En ce qui concerne le second objectif, les résultats indiquent que les participantes se perçoivent significativement moins perfectionnistes au T2 comparativement au T1. Elles se perçoivent aussi comme ayant significativement une meilleure estime d'elles-mêmes au T2 comparativement au T1. En ce qui a trait au troisième objectif de recherche, les résultats des analyses de régressions effectuées démontrent que lorsque les sentiments dépressifs au T1 sont contrôlés, la faible estime de soi au T1 et le perfectionnisme au T1 ne permettent pas de prédire l'évolution de l'anorexie au T2.

À ce jour, les écrits scientifiques ne s'étaient pas attardés à l'effet du perfectionnisme ou d'estime de soi au moment du diagnostic sur l'évolution de

l'anorexie mentale, et ce, spécifiquement auprès d'une clientèle adolescente. Les résultats obtenus démontrent l'importance de ces variables sur l'évolution de l'anorexie et, par conséquent, l'importance de les prendre en considération lors de l'intervention auprès des adolescentes ayant une anorexie mentale, afin de soutenir l'évolution favorable de la problématique.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| SOMMAIRE | 5 |
| REMERCIEMENTS | 12 |
| INTRODUCTION | 13 |
| PREMIER CHAPITRE - LA PROBLÉMATIQUE | 14 |
| 1. DÉFINITION ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES..... | 14 |
| 1.1 Définition de l’anorexie | 14 |
| 1.2 Données épidémiologiques | 16 |
| 2. CONSÉQUENCES ET PRONOSTIC DE L’ANOREXIE | 18 |
| 2.1 Conséquences liées à l’anorexie..... | 18 |
| 2.2 Pronostic de l’anorexie..... | 20 |
| 3. MODÈLE THÉORIQUE..... | 22 |
| 4. VARIABLES À L’ÉTUDE | 26 |
| 4.1 Définition du perfectionnisme..... | 26 |
| 4.2 Définition de l’estime de soi | 28 |
| 5. QUESTIONS DE RECENSION..... | 30 |
| DEUXIÈME CHAPITRE - LA RECENSION DES ÉCRITS | 31 |
| 1. MÉTHODE DE RECENSION..... | 31 |
| 2. PRÉSENTATION DES ÉTUDES RECENSÉES | 33 |
| 2.1 CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES | 34 |
| 2.2 Résultats des études recensées portant sur le perfectionnisme | 36 |
| 2.3 Résultats des études recensées portant sur l’estime de soi..... | 38 |
| 2.4 Limites des études | 39 |
| 3. OBJECTIF DE RECHERCHE..... | 40 |
| TROISIÈME CHAPITRE - LA MÉTHODOLOGIE | 41 |
| 1. DESCRIPTION DE L’ÉTUDE LONGITUDINALE | 41 |
| 2. DEVIS DE RECHERCHE..... | 42 |
| 3. ÉCHANTILLON | 43 |
| 4. INSTRUMENTS DE MESURE..... | 46 |
| 4.1 Eating Disorders Inventory - 3 | 46 |
| 4.2 Inventaire de dépression de Beck - II..... | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 5. ANALYSES STATISTIQUES | 49 |
| QUATRIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS | 50 |
| 1. NIVEAUX DE PERFECTIONNISME ET DE FAIBLE ESTIME DE SOI AU T1 ET AU T2 | 50 |
| 2. ÉVOLUTION DU PERFECTIONNISME ET DE L'ESTIME DE SOI AU T1 ET AU T2..... | 51 |
| 3. ASSOCIATION ENTRE LE PERFECTIONNISME OU LA FAIBLE ESTIME DE SOI ET L'ÉVOLUTION DE L'ANOREXIE | 52 |
| 3.1 Les corrélations..... | 52 |
| 3.2 Les régressions linéaires | 54 |
| CINQUIÈME CHAPITRE - LA DISCUSSION..... | 56 |
| 1. ANALYSE DES RÉSULTATS..... | 56 |
| 2. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE..... | 60 |
| 3. RECOMMANDATIONS..... | 61 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 64 |
| ANNEXE A - MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE..... | 76 |
| ANNEXE B - TABLEAUX DE RECENSION..... | 77 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 – Variables sociodémographiques des participantes à l'étude | 45 |
| Tableau 2 – Moyennes des résultats de l'EDI-3 des participantes à l'étude..... | 51 |
| Tableau 3 – Test-t pour les variables du perfectionnisme et de la faible estime de soi | 52 |
| Tableau 4 – Corrélations entre les différentes variables à l'étude entre le T1 et le T2 | 53 |
| Tableau 5 – Régressions linéaires prédisant l'évolution de l'anorexie au T2..... | 55 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 – Répartition du pronostic d'anorexie..... | 22 |
| Figure 2 – Processus de recherche documentaire..... | 33 |

REMERCIEMENTS

Suite à ces deux années de travail et de persévérance, il est important pour moi de remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur appui et leur soutien face à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, je tiens à remercier sincèrement ma directrice de recherche, Isabelle Thibault, qui m'a apporté une aide précieuse sans qui je n'aurais pas réussi à terminer. Son dévouement, sa patience et sa disponibilité ont grandement facilité la réalisation de ce projet. Les conseils et l'encadrement qu'elle m'a apporté m'ont permis de rester motivé et de donner le meilleur de moi-même. Encore une fois merci pour tout, tu es un modèle pour moi et j'en suis très reconnaissante.

J'aimerais également remercier les membres de ma famille proche, qui ont su me supporter et m'écouter tout au long de ces deux années. Ils ont cru en moi et n'ont pas cessé de m'encourager, et ce, même dans les moments les plus difficiles. Un merci spécial à ma sœur, Marie-Ève, pour m'avoir tenu compagnie, plusieurs heures par semaine dans des cafés, afin que je puisse travailler sur mon mémoire.

Je voudrais également remercier ma précieuse amie, Alexandra Ouellet, avec qui j'ai passé plusieurs heures à travailler sur mon mémoire. Merci pour tes conseils, ton écoute et ton amitié. Merci aussi à toutes mes amies et particulièrement, Sabrina Martel, qui ont su m'écouter, m'encourager et me motiver à continuer la réalisation de mon mémoire même si certains moments étaient plus difficiles. Un énorme merci à mon copain qui a su me supporter et m'accompagner dans mes journées complètes à rédiger et corriger mon mémoire. À vous tous, je vous dis merci d'être là pour moi et d'avoir facilité la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

La présente étude vise à déterminer si l'évolution de l'anorexie mentale est influencée par les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi présentés par les adolescentes ayant une anorexie mentale en début de suivi. Le premier chapitre de ce mémoire porte sur la définition de la problématique et des concepts à l'étude. Ensuite, le modèle théorique présenté permettra de mieux comprendre le développement de l'anorexie mentale. Les questions de recensions seront également exposées dans ce chapitre. Le deuxième chapitre présente les résultats de la recherche documentaire, les études recensées ainsi que les objectifs de la recherche. Quant au troisième chapitre, il aborde les différents aspects liés à la méthodologie de la recherche. Le quatrième chapitre porte sur les résultats des analyses effectuées alors que le cinquième chapitre présente une discussion des résultats obtenus en comparaison de ceux retrouvés dans les autres écrits scientifiques abordant ce sujet.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Ce projet de recherche porte sur le rôle de l'estime de soi et du perfectionnisme dans l'évolution de la clientèle adolescente présentant une anorexie mentale¹. Ce premier chapitre présente la définition et la prévalence de l'anorexie. Les principales conséquences associées à l'anorexie sont également abordées. Par la suite, un modèle théorique proposant une explication de la problématique est exposé. Finalement, les questions de recension sont présentées.

1. DÉFINITION ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1.1 Définition de l'anorexie

L'anorexie se caractérise par une perte importante de poids secondaire à un jeûne ou à la restriction de l'apport alimentaire ainsi que par une distorsion de l'image corporelle (Reel, 2013). Les individus présentant une anorexie sont terrifiés à l'idée de prendre du poids et la perception de leur taille ou de leur poids est souvent déformée (Reel, 2013). L'anorexie est associée à une insatisfaction extrême de la taille et/ou de la forme du corps ou de certaines parties de celui-ci (Herpertz-Dahlmann, 2015). Afin de répondre à cette insatisfaction, il peut y avoir la présence d'activité sportive excessive et l'utilisation de laxatif et/ou de coupe-faim en plus de la privation importante de nourriture (Herpertz-Dahlmann, 2015; Miller et Golden, 2010). Les personnes présentant une anorexie ne sont généralement pas inquiètes de leur état de santé, et ce, malgré un état physique altéré en raison de la privation alimentaire (Alvin et Archambeaud, 2001). La problématique s'installe progressivement. Au départ, les personnes font généralement un simple régime: elles vont commencer à ne manger que

¹ Le terme « anorexie mentale » réfère à la problématique de santé mentale et se distingue du terme « anorexie » qui désigne une simple perte d'appétit. Or, afin d'alléger le texte, le terme « anorexie » sera désormais utilisé dans ce mémoire.

des aliments dits « sains », comme des fruits et légumes pour laisser tomber les aliments considérés malsains, comme les desserts ou les croustilles (Herpertz-Dahlmann, 2015). Avec le temps et la perte de poids qui devient de plus en plus importante, les repas deviennent presque des rituels. La nourriture est mangée très lentement et coupée en très petits morceaux (Herpertz-Dahlmann, 2015). Les personnes peuvent même tenir un journal alimentaire afin d'identifier toutes les calories consommées pendant la journée et avoir un plus grand contrôle sur leur alimentation (Herpertz-Dahlmann, 2015). Il est aussi fréquent d'observer un soudain intérêt pour les recettes et la cuisine chez les adolescentes présentant une anorexie. Celles-ci vont même aller faire l'épicerie avec leur parent et s'occuper des repas pour la famille (Herpertz-Dahlmann, 2015). Les adolescentes ont tendance à préparer des repas pour les membres de la famille plutôt riche en calories, car elles tirent une satisfaction du fait que leurs proches consomment ces aliments alors qu'elles réussissent à ne pas le faire et ainsi demeurer en contrôle de leur alimentation et de leur poids (Herpertz-Dahlmann, 2015).

La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) définit l'anorexie comme 1. une restriction persistante et importante de l'apport énergétique comparativement aux besoins, ce qui conduit à une perte de poids importante, 2. une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant qui interfère avec le gain de poids, 3. une perturbation de la perception du poids ou de la forme du corps (American Psychiatric Association (APA), 2013). Il y a deux sous-types d'anorexie définie par le DSM-5 (APA, 2013), soit le type restrictif et le type avec crise de suralimentation/purgatif. Le premier sous-type se rapporte au fait que l'individu, pendant les trois derniers mois, n'a pas présenté de crise de suralimentation ni recouru à des comportements purgatifs (p. ex. : vomissements provoqués, usage de laxatif, lavements ou diurétiques). Ce sous-type fait référence aux situations où la perte de poids est secondaire au régime, au jeûne et/ou à l'exercice physique excessif (APA, 2013). Le deuxième type concerne l'individu, qui pendant les trois derniers mois a présenté des accès récurrents de suralimentation et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs. Ces

comportements surviennent en plus des comportements de restriction alimentaire (APA, 2013).

Certaines modifications ont été apportées aux critères diagnostiques de l'anorexie dans la dernière version du DSM. Tout d'abord, les versions antérieures quantifiaient la perte de poids que la personne devait présenter afin de rencontrer le premier critère diagnostic. Cette perte de poids était de 25 % dans le DSM-III (APA, 1987) et de 15 % dans le DSM-IV (APA, 2000). Ce critère est maintenant plus global, il permet de prendre en considération divers aspects de la personne, dont le poids attendu considérant l'âge, le genre, le stade de développement et la santé physique (APA, 2013). Il y a aussi eu le retrait du critère concernant l'aménorrhée, soit l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs, dans le DSM-5 (APA, 2013). L'augmentation de l'anorexie chez les hommes ainsi que la difficulté à appliquer et à valider ce critère pour les jeunes filles prépubères ont poussé les auteurs à éliminer ce critère (Errichiello, Iodice, Bruzzese, Gherghi et Senatore, 2016). En outre, le DSM-5 comporte désormais des degrés de sévérité en fonction des indices de masses corporelles (IMC), ce qui permet une détection plus efficace des troubles alimentaires ainsi qu'un meilleur accès au traitement (Smink, van Hoeken, Oldehinkel et Hoek, 2014). Par exemple, un IMC supérieur à 17,0 kg/m² réfère à une sévérité légère alors qu'un IMC inférieur à 15,0 kg/m² indique une sévérité extrême (APA, 2013). Ces critères moins restrictifs du DSM-5 ont permis de poser un diagnostic d'anorexie plus approprié chez certaines personnes qui auparavant avait reçu un diagnostic de TCA non spécifié et ainsi leur offrir une intervention plus adaptée (Mitka, 2010).

1.2 Données épidémiologiques

Les données de prévalence les plus récentes disponibles indiquent que l'anorexie touche de 0,4 % à 1 % des adolescentes (Alvin et Archambeaud, 2001; APA, 2013; Neinstein, 2009). Une recherche documentaire approfondie n'a pas permis d'identifier d'étude ayant établi des prévalences canadiennes pour cette problématique.

Quelques chercheurs ont pris des échantillons d'individus anorexiques diagnostiqués selon les critères du DSM-IV et les ont réévalués selon les critères du DSM-5. Le but était d'observer s'il existe une différence sur le diagnostic d'anorexie en lien avec les changements apportés aux DSM-5. Fairburn et Cooper (2011) ont observé une augmentation des diagnostics d'anorexie passant de 8 % à 29 %, et ce, pour leur échantillon totalisant 167 personnes. Sysko, Roberto, Barnes, Grilo, Attia et Walsh (2012) ont également fait ce processus pour leur échantillon comportant 70 personnes. Les résultats ont démontré qu'en appliquant les critères du DSM-5, il y a aussi une augmentation du diagnostic d'anorexie dans leur échantillon (33 % vers 41 %). Machado, Gonçalves et Hoek (2013) ont tiré les mêmes conclusions que les chercheurs précédents, soit en appliquant les critères DSM-5 à leur échantillon de 118 personnes, qui avaient préalablement été diagnostiquées avec les critères du DSM-IV. Ils ont obtenu une augmentation du taux de diagnostic d'anorexie, passant de 15 % à 18 % (Machado *et al.*, 2013). Donc, il est possible de penser, suite à ces résultats, que la prévalence pour l'anorexie pourrait augmenter dans les prochaines années suite à l'application des nouveaux critères du DSM-5. Ce phénomène s'explique par le fait que les critères du DSM-5 sont moins sévères que ceux du DSM-IV. En effet, le critère A du DSM-IV indiquait une perte de poids de 15 % alors que ce critère a été modifié pour une perte de poids significative dans le DSM-5. Étant moins restrictif, le diagnostic d'anorexie du DSM-5 s'applique désormais à une population qui recevait le diagnostic de trouble alimentaire non-spécifié lorsque le DSM-IV était la référence.

Notons d'ailleurs que plusieurs chercheurs considèrent que les données actuelles de prévalence sous-estiment la proportion réelle de personnes présentant une anorexie, puisque ces prévalences sont établies à partir d'échantillons cliniques d'adolescents et d'adultes (Hoek et van Hoeken, 2003; Westwood et Kendal, 2012). En effet, les recherches ont basé leurs résultats sur des personnes ayant reçu une intervention suite à un diagnostic d'anorexie. Or, des données de recherche indiquent que seulement un cas d'anorexie sur deux serait détecté par les professionnels de la santé (Currin, Schmidt, Treasure et Jick, 2005; Keski-Rahkonen *et al.*, 2007). Cette

proportion s'expliquerait par le fait que plusieurs personnes présentant une anorexie cachent leurs difficultés, minimisent leurs symptômes et le sérieux de leur problématique, refusent de reconnaître la présence de cette problématique ou évitent de consulter à ce sujet (APA, 2003, 2013; Attia, 2010; Darcy, Katz, Fitzpatrick, Forsberg, Utzinger et Lock, 2010). Powers et Santana (2002) rapportent qu'il est difficile de connaître la prévalence exacte de l'anorexie chez les adolescentes, car les critères diagnostiques peuvent parfois être difficilement applicables, et ce, surtout lorsqu'il y a présence d'une forme atypique de l'anorexie. En effet, la personne présentant une forme atypique d'anorexie va présenter les mêmes critères que l'anorexie sauf ceux-ci: un poids inférieur à la norme et une fréquence plus élevée de compulsions alimentaires ainsi que de recours aux vomissements (Le Grange *et al.*, 2013). Il est probable que les critères moins restrictifs du DSM-5 (APA, 2013) viennent amoindrir cette difficulté.

Par ailleurs, l'anorexie concerne principalement les filles, car la proportion de personnes présentant une anorexie est de dix filles pour un garçon (APA, 2013; Bulik, Reba, Siega-Riz et Reichborn-Kjennerud, 2005; Fairburn, Cooper, et Shafran, 2003; Gouvernement du Canada, 2002; Neinstein, 2009). Ces données appuient la pertinence de s'intéresser aux adolescentes.

2. CONSÉQUENCES ET PRONOSTIC DE L'ANOREXIE

2.1 Conséquences liées à l'anorexie

L'anorexie entraîne de multiples conséquences, et ce, autant au niveau physique, psychologique, familial que social. Tout d'abord, au plan physique, l'anorexie est l'une des principales causes de décès chez les filles âgées de 15 et 24 ans (Machado *et al.*, 2014; Savage, 2008). Les problèmes cardiaques sévères ou encore le suicide en sont les principales causes (Arcelus *et al.*, 2011; Neinstein, 2009). Outre le taux de mortalité élevé, l'anorexie entraîne plusieurs autres conséquences physiques.

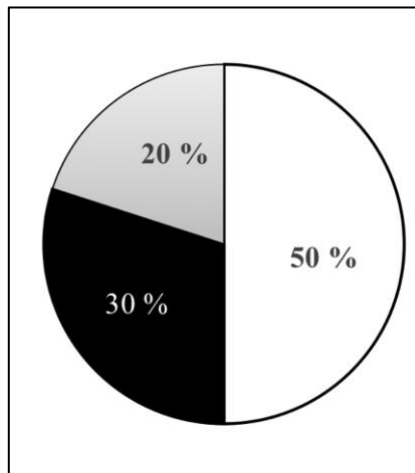
Les personnes présentant une anorexie ont souvent la peau sèche et/ou jaune ou de l'acrocyanose (p. ex. : les doigts froids et/ou bleus et moites) (Fairburn et Harrison, 2003; Powers et Santana, 2002). La perte de poids extrême va donner une apparence émaciée (maigreur et pâleur, yeux creux, veines saillantes et os apparents) (Miller et Golden, 2010). L'absence ou l'arrêt des règles est généralement observé chez les adolescentes. L'aménorrhée est d'ailleurs l'un des derniers symptômes physiques à disparaître, et ce, malgré le retour à un poids santé (Alvin et Archambeaud, 2001). De plus, les femmes ayant présenté une anorexie sont à risque de présenter des problèmes de fertilité (Bulik *et al.*, 2005), car la restriction alimentaire entraîne un bouleversement hormonal (Meczekalski, Podfigurna-Stopa et Katulski, 2013). Plusieurs conséquences psychologiques sont aussi associées à l'anorexie, comme les symptômes dépressifs (Bulik *et al.*, 2005), l'abus de substance, les troubles anxieux, la détérioration de l'estime de soi et l'augmentation du niveau de perfectionnisme (Fairburn et Harrison, 2003). Bien que l'anorexie affecte en premier lieu la personne, cette problématique a aussi des effets sur la famille. À ce sujet, la qualité de vie de tous les autres membres de la famille est affectée (Zabala, Macdonald et Treasure, 2009). En effet, l'anorexie peut engendrer un stress et une pression considérables par rapport au fonctionnement familial ainsi que des bouleversements importants dans les interactions et l'organisation de la famille. Une présence accrue de détresse, d'anxiété et de dépression chez les membres de la famille est aussi observée (Zabala *et al.*, 2009). En outre, au plan social, les personnes présentant une anorexie ont tendance à s'isoler socialement (APA, 2013; Bulik *et al.*, 2005). Certaines des conséquences (exemples: problèmes cardiaques et symptômes dépressifs ou anxieux) associées à l'anorexie perdurent dans le temps et peuvent avoir un impact négatif sur les tâches développementales de l'adolescente et celles de l'âge adulte, ce qui altère l'adaptation de la personne (Bulik, 2002). Outre les multiples conséquences négatives de l'anorexie, le pronostic de cette problématique est largement défavorable.

2.2 Pronostic de l'anorexie

L'évolution de l'anorexie n'est pas évaluée de la même façon dans toutes les études. Pour certains chercheurs, seulement l'IMC lors de la mesure de suivi est considéré, car cette mesure est simple et rapide à obtenir (Couturier et Lock, 2006). Pour d'autres chercheurs, il doit y avoir une rémission complète de tous les symptômes de l'anorexie au moment de la mesure de suivi afin que l'évolution soit qualifiée de favorable (Couturier et Lock, 2006). Dans certaines études, la rémission réfère seulement à l'absence de tous les symptômes nécessaires pour établir un diagnostic d'anorexie au moment de la mesure de suivi (Couturier et Lock, 2006). Selon d'autres chercheurs, une rémission favorable fait référence à la fois aux dimensions physiques, psychologiques et psychosociales de l'adaptation de la personne (Jarman et Walsh, 1999; Morgan et Hayward, 1988; Pike, 1998). Ces diverses définitions de la notion d'évolution entraînent beaucoup de variances entre les résultats des études, ce qui fait en sorte que l'évolution des personnes présentant une anorexie est très variable selon les études consultées. Notons toutefois que le point de convergence de ces définitions est que le pronostic d'anorexie est établi selon l'état de la personne au moment de la mesure de suivi et non de la différence entre l'état de la personne au moment du diagnostic d'anorexie et au moment de la mesure de suivi. Par conséquent, tout au long de ce mémoire, le concept d'évolution fera référence à l'état de la personne au moment de la mesure de suivi et non à la différence entre l'état de la personne entre deux moments.

À cet égard, les données de recherche indiquent qu'une proportion variant entre 50 % et 76 % des personnes présentant une anorexie ont une rémission complète (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Steward, Mestre-Bach, Agüera, Granero, Martín-Romera, Sánchez *et al.*, 2016; Strober *et al.*, 1997), c'est-à-dire que celles-ci démontrent une absence de tous les critères diagnostiques pendant une période prolongée (APA 2013). Une rémission partielle est présentée par 10 % à 30 % des personnes présentant une anorexie (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Strober

et al., 1997). Ces personnes présentent un rétablissement en termes de poids (Bardone-Cone, Harney, Maldonado, Lawson, Robinson, Smith *et al.*, 2010). Également, il n'y aurait plus de frénésie alimentaire, de comportement compensatoire ou de jeûne sur une période de trois mois consécutifs (Bardone-Cone *et al.*, 2010). Bardone-Cone *et al.* (2010) rapportent que souvent, malgré un rétablissement en termes de poids, des comportements ou attitudes relatifs à l'anorexie (restriction alimentaire, peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, distorsion de l'image corporelle) demeurent (APA, 2013). Dans ces cas, il est possible de dire qu'il s'agit d'un pronostic intermédiaire, puisque certains critères diagnostiques de l'anorexie demeurent présents. Dans une proportion alarmante de cas, le pronostic de l'anorexie est défavorable. Ce type d'évolution réfère à la présence de tous les critères diagnostiques (APA, 2013) et serait présent dans une proportion de 14 % à 20 % des cas (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Strober *et al.*, 1997). Dans ces cas, l'anorexie peut même mener à un décès. En effet, le taux de mortalité chez les personnes anorexiques se situe entre 0,7 % et 11 % selon les études consultées (Alvin et Archambeaud, 2001; APA, 2003, 2009, 2013; Black et Andreasen, 2011; Huas, Caille, Godart, Foulon, Pham-Scottez, Divac *et al.*, 2011; Steinhausen, 2009 ; Van son, Van Hoeken, Van Furth, Donker et Hoek, 2010). La figure 1 illustre la répartition du pronostic d'anorexie selon les catégories favorable, intermédiaire et défavorable (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Steward *et al.*, 2016; Strober *et al.*, 1997) et ce, pour des échantillons composés majoritairement d'adultes. La recherche documentaire n'ayant pas permis de trouver des études portant sur des échantillons composés majoritairement d'adolescents.



Légende :

- Évolution favorable
- Évolution intermédiaire
- ▒ Évolution défavorable

Figure 1: Répartition du pronostic d'anorexie (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Steward *et al.*, 2016; Strober *et al.*, 1997)

3. MODÈLE THÉORIQUE

L'anorexie est une problématique résultant de la combinaison de facteurs de risque prédisposants (augmentent le risque de développer la problématique), précipitants (associés à l'apparition de la problématique) et de maintien (contribuent à ce que la problématique perdure dans le temps) (Garner, 2004). Différents modèles explicatifs de l'anorexie sont proposés dans les écrits scientifiques, mais ils ne sont pas exhaustifs et n'intègrent pas l'ensemble des catégories de facteurs de risque. Le modèle explicatif présenté ici a été élaboré en intégrant différents modèles présentés dans les écrits scientifiques (Connan, Campbell, Katzman, Lightman et Treasure, 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Herpertz-Dahlmann, Seitz et Konrad, 2011; Lucas, 1981; Silber, 2005). Il prend également appui sur une revue exhaustive des écrits scientifiques portant sur les facteurs de risque associés à l'anorexie ainsi que sur les travaux de Pauzé (2006). Le modèle retrouvé en annexe A (Thibault *et al.*, en préparation) présente le

modèle explicatif élaboré, dans lequel est regroupé les différents facteurs prédisposants, précipitants et de maintien de l'anorexie.

Les facteurs prédisposants sont d'ordre social, individuel et familial. Parmi les facteurs sociaux, notons les difficultés de socialisation qui s'opérationnalisent par de l'insécurité interpersonnelle, un manque de confiance dans les relations et un faible réseau social de soutien (Garner, 2004). Au niveau familial, les principaux facteurs prédisposants de l'anorexie sont: la présence de détresse psychologique ou de conflits conjugaux chez les parents, les préoccupations importantes pour l'apparence et la réussite ainsi que les difficultés dans l'expression des émotions ou la communication (Calam, Waller, Slade et Newton, 1990; Casper et Troiani, 2001; Cunha, Relvas et Soares, 2009; Emanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask et Waller, 2004; Espina, Alda et Ortgo, 2003; Garner, 1993; Jacobs *et al.*, 2008; Latzer, Hochdorf, Bachar et Canetti, 2002; Moreno, Selby, Aved et Besse, 2000; Neinstein, 2002; O'Shaughnessy, 2009; Rostowska, Rosrowski et Lewandowska-Walter, 2009; Sim, Homme, Lteif, Vande Voort, Schak et Ellingson, 2009; Stern, Dixon, Jones, Lake, Nemzer et Sansone, 1989; Strober et Peris, 2011; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik et Tocilj 2005; Woodside, Bulik, Halmi, Fitcher, Kaplan, Berrettini *et al.*, 2002). En ce qui concerne les facteurs individuels, certains relèvent de dimensions biologiques, c'est-à-dire la présence de vulnérabilité liée à une prédisposition génétique. Notons à titre d'exemples les phénotypes non spécifiques à l'anorexie, mais correspondant à des traits souvent associés (anxiété, perfectionnisme, rigidité cognitive, etc.) qui augmentent le risque de développer l'anorexie (Treasure, 2007). Les facteurs prédisposants d'ordre individuels associés à l'anorexie se rapportent également à des dimensions psychologiques. Par exemple, il y a le tempérament (persistance, évitement de la punition, recherche de nouveauté et dépendance à la récompense), la faible estime de soi, le perfectionnisme, la peur de la maturité (désir d'être plus jeune), le déficit d'introspection (difficulté dans l'identification et la gestion adéquate des émotions), etc. (APA, 2013; Bruch, 1979; Cloninger, Svrakic et Przybeck, 1993; Fairburn et Harrison, 2003; Garner et Garfinkel, 1985; Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001; Steiner *et al.*, 2003).

Les facteurs prédisposants sociaux, personnels et familiaux s'influencent entre eux. Ces vulnérabilités contribuent à altérer les capacités adaptatives des personnes pour faire face aux stress (facteurs précipitants). Ces stress sont relatifs à: 1. les changements corporels associés notamment au développement pubertaire; 2. les tâches développementales (exemples: relations amoureuses, modification dans les relations avec les ami(e)s, début des études postsecondaires, etc.); 3. les événements stressants (exemples: ruptures amoureuses, dispute avec un(e) ami(e), déménagement, etc.). Ces facteurs précipitants accentuent à leur tour les facteurs prédisposants créant ainsi un cercle vicieux (Connan, *et al.*, 2003 ; Fairburn *et al.*, 2003 ; Garner, 1993, 2004 ; Herpertz-Dahlmann *et al.*, 2011 ; Pauzé, 2006 ; Silber, 2005). Ces multiples changements entraîneraient un épuisement des capacités d'adaptation chez les adolescents (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001). Certaines adolescentes sont moins bien préparées à faire face à ces changements. Elles proviennent souvent d'une famille qui les ont beaucoup protégées et ne leur ont pas permis d'être confrontées aux difficultés (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001). Nécessairement, elles sont moins bien préparées face aux multiples bouleversements de l'adolescence. Lorsque confrontées à l'adolescence, elles peuvent ressentir un sentiment d'impuissance et d'échec (Connan *et al.*, 2003).

La combinaison des facteurs prédisposants et précipitants mènent à une impression de perte de contrôle sur sa vie. Pour retrouver un certain équilibre, la personne cherche à corriger ce qui fait défaut (facteurs de maintien) en entretenant certains comportements, dont la restriction alimentaire. En entretenant ce type de comportement, l'adolescente commence à perdre du poids. Cette perte pondérale est rassurante pour la personne et accentue son sentiment de reprise de contrôle sur sa vie. De plus, l'entourage renforce souvent l'adolescente pour le contrôle alimentaire qu'elle exerce et le poids qu'elle perd. C'est alors que s'opère le glissement vers l'anorexie. Pour conserver son impression de contrôle et la valorisation acquise, l'individu doit continuer à perdre du poids. La question du contrôle du poids devient extrêmement

envahissante et obsessionnelle. En parallèle, la privation alimentaire commence à avoir des effets biologiques comme la diminution du métabolisme basal et une altération du fonctionnement des systèmes biologiques (par exemple: bouleversement du processus de sécrétion des hormones thyroïdiennes et de certains neurotransmetteurs) (Attia, 2010; Casaer, Mesotten, Hermans, Wouters, Schetz, Meyfroidt *et al.*, 2011 ; Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer et Agras, 2004; Kaye, Frank, Bailer et Henry, 2005; Landt *et al.*, 2005; Pinheiro, Root et Bulik, 2009; Zink et Weinberger, 2010). Ces bouleversements biologiques entraînent à leur tour des effets psychologiques (ralentissement cognitif, sentiments dépressifs et anxieux, etc.) entretenant le cercle vicieux (Attia, 2010; Jacobi *et al.*, 2004; Kaye *et al.*, 2005; Kerem et Katzman, 2003; Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen et Taylor, 1950; Klein et Walsh, 2003; Landt *et al.*, 2005; Lawson et Klibanski, 2008; Pinheiro *et al.*, 2009; Swenne et Engstro, 2005; Zink et Weinberger, 2010), ce qui contribue à accentuer les facteurs prédisposants et ainsi altérer davantage le fonctionnement de ces personnes. Notons que certaines personnes présentant une anorexie font des crises de suralimentation en plus de la restriction alimentaire (type accès hyperphagiques/purgatif). Ces crises génèrent de la culpabilité, laquelle mène à avoir des comportements compensatoires (Fairburn *et al.*, 2003; Lucas, 1981; Silber, 2005).

Parmi les facteurs individuels, le perfectionnisme et l'estime de soi méritent une attention particulière, car il s'agit de facteurs de risque qui ont une influence centrale dans le développement de l'anorexie (Bardone-Cone *et al.*, 2007; Button et Warren, 2002; Karatzias *et al.*, 2010; Machado *et al.*, 2014). À ce sujet, Izydorczyk (2014) et Silber (2005) soulignent que le perfectionnisme est une variable importante à prendre en considération, car en plus d'être un facteur de risque de l'anorexie, il est associé à la poursuite de l'idée de minceur. Les traits perfectionnistes peuvent être si puissants chez certaines personnes qu'ils les amènent à entreprendre des régimes très stricts ou des comportements de contrôle excessif (Fairburn *et al.*, 2003), traits qui sont au cœur même de l'anorexie. Quant à l'estime de soi, Fairburn *et al.* (2003) mentionnent que ce facteur prédisposant est important à prendre en considération dans

le développement de l'anorexie. Selon ces auteurs, une faible estime de soi porte la personne à avoir des pensées négatives sur elle-même, suite à une incapacité à contrôler son poids et/ou la forme de son corps ainsi que son alimentation, ce qui représente encore une fois des caractéristiques qui sont centrales dans l'anorexie (Fairburn *et al.*, 2003). De plus, le perfectionnisme et la faible estime de soi sont deux variables étroitement imbriquées. En effet, le perfectionnisme est un système d'auto-évaluation dans lequel l'estime de soi est évaluée principalement en fonction des efforts que la personne consacre pour atteindre des objectifs et résultats plutôt exigeants (Fairburn *et al.*, 2003). Donc, si l'objectif mis en place n'est pas atteint, l'estime de soi est diminuée, ce qui contribue à accentuer le stress perçu par la personne et à augmenter le sentiment de perte de contrôle (Connan *et al.*, 2003). Ces hauts niveaux de perfectionnisme et de faible estime ont pour effet d'amener la personne ayant une anorexie à avoir une vision négative d'elle-même en permanence comme si cela faisait partie de son identité (Fairburn *et al.*, 2003).

4. VARIABLES À L'ÉTUDE

En raison de leur influence centrale dans le développement de l'anorexie, le perfectionnisme et l'estime de soi sont les variables d'intérêt dans ce projet de mémoire. Les sous-sections qui suivent visent à définir ces concepts.

4.1 Définition du perfectionnisme

Le perfectionnisme se définit comme un trait qui amène une personne à exiger d'elle-même de performer dans une situation à un niveau supérieur de ce qui serait attendu normalement (Hollender, 1978). Burns (1980) définit le perfectionnisme comme la présence chez un individu de normes élevées qui sont au-delà de la portée ou de la raison. La personne tend compulsivement et assidûment vers des buts impossibles. Izydorczyk (2015) définit le perfectionnisme comme étant une tendance à tenir des attentes exceptionnellement élevées et à vivre selon des normes très élevées

afin d'atteindre des réalisations personnelles dans sa vie. Quoique ces définitions diffèrent un peu entre elles, l'essence reste la même, c'est-à-dire que la poursuite d'idéaux très élevés et la notion que l'échec ou l'imperfection est inacceptable. Bien que certains auteurs considèrent le perfectionnisme comme quelque chose de négatif, plusieurs rapportent des aspects positifs de ce trait (Stoeber et Otto, 2006). Par exemple, le perfectionnisme amène les gens à faire de grandes réalisations et à avoir la motivation nécessaire pour persévérer face au découragement et aux obstacles (Roedell, 1984).

Le perfectionnisme est considéré comme une caractéristique importante chez les personnes présentant une anorexie, car il est démontré que la présence de ce trait augmente l'adhésion à des normes d'excellence, à des préoccupations très fortes pour éviter les erreurs et la critique ainsi qu'à l'augmentation des doutes sur la justesse des actions entreprises (Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fichter, Kaye *et al.* 2000). Le perfectionnisme est également associé à une souffrance chez les personnes présentant une anorexie, puisque cette variable amène la personne à réfléchir à l'écart entre ce qui a été réalisé et ce qui aurait pu être atteint si tout avait fonctionné parfaitement. Ces pensées deviennent envahissantes (Hamachek, 1978; Stoeber et Otto, 2006), étant donné que ces personnes tentent de poursuivre sans équivoque les normes et règles qu'elles se sont établies, et ce, malgré les conséquences néfastes (par exemple: une insuffisance pondérale, un sentiment de faim persistant ou encore des difficultés à manger en présence d'autres personnes) (Shafran, Cooper et Fairburn 2002). L'individu présentant du perfectionnisme pourrait, par exemple, débiter avec un objectif simple comme de perdre un peu de poids pour se sentir socialement acceptable et après, continuer d'avoir des comportements qui vont au-delà de l'atteinte de ce premier objectif, et ce, jusqu'à compromettre sa santé physique et psychologique (Waller, Shaw, Meyer, Haslam, Lawson et Serpell, 2012).

Il est encore difficile de se prononcer à savoir si le perfectionnisme est un aspect modifiable ou non chez une personne. Par contre plusieurs résultats d'études

suggèrent qu'un niveau élevé de perfectionnisme serait lié à une faible efficacité du traitement pour les personnes présentant une anorexie (Bardone-Cone *et al.*, 2007). Des chercheurs rapportent qu'une plus grande sévérité des symptômes d'anorexie serait liée à un plus haut niveau de perfectionnisme (Halmi *et al.*, 2000). Il y aurait aussi une certaine persistance des traits perfectionnistes chez les individus ayant présenté une anorexie, et ce, même après la rémission de l'anorexie (Bardone-Cone *et al.*, 2007).

Par ailleurs, certains chercheurs soulignent que les résultats portant sur les liens entre le perfectionnisme et l'anorexie doivent être interprétés avec prudence, car plusieurs chercheurs abordent la question en généralisant les résultats à partir d'échantillons comportant des personnes présentant une anorexie et de personnes présentant une boulimie¹, comme s'il s'agissait d'un seul et unique diagnostic (Morris et Lomax, 2014). Or, plusieurs chercheurs ont démontré l'existence de différences significatives entre l'anorexie et la boulimie au niveau du perfectionnisme (Bardone-Cone *et al.*, 2007; Tyrka, Waldron, Graber et Brooks-Gunn, 2002). En effet, l'étude de Bardone-Cone *et al.* (2007) démontre que le perfectionnisme permet de prédire significativement le développement de l'anorexie, mais pas la boulimie. Ce constat met l'accent sur l'importance d'entreprendre des recherches considérant le perfectionnisme et l'anorexie ou la boulimie de façon distincte (Morris et Lomax, 2014).

4.2 Définition de l'estime de soi

L'estime de soi est le jugement personnel de la valeur globale qu'une personne porte sur elle-même (Petrie, Greenleaf, Reel et Carter, 2009). L'estime de soi est un élément très important au développement personnel et joue donc un rôle fondamental dans la manière de se sentir émotionnellement, mentalement et physiquement (Brytek-Matera, 2007). L'estime de soi est variable d'une personne à l'autre, pouvant être

¹ La boulimie correspond dans le DSM-5 à la survenue récurrente (ajoute la notion de fréquence ici) de crise de suralimentation (absorption d'une quantité importante de nourriture, dans une période limitée, ex. : moins de deux heures) caractérisée par un sentiment de perte de contrôle) suivie de comportements compensatoires inappropriés (ex. : vomissements ou utilisation de laxatif) (APA, 2013).

élevée ou faible. Lorsqu'elle est faible, un sentiment d'insécurité personnelle, d'inadaptation, d'incompétence et de dévalorisation personnelle peut être perçu par l'individu (Garner, 2004). Ces concepts sont fortement présents chez les personnes présentant une anorexie (Button et Warren, 2002). À cet effet, une faible estime de soi a été identifiée comme étant liée significativement à l'anorexie (Karatzias *et al.*, 2010). Certains chercheurs ont même démontré la présence d'une faible estime de soi antérieure à l'apparition de l'anorexie (Button et Warren, 2002). À cet égard, Button (1993) mentionne que l'adolescente qui a des difficultés au niveau du développement de ses relations interpersonnelles et de son identité, causée par une faible estime d'elle-même, pourrait se tourner vers le contrôle de son poids et de sa consommation alimentaire comme moyen de validation et de renforcement de son estime de soi (Button, 1993). Or, ces comportements visant à améliorer l'estime de soi n'ont généralement pas l'effet escompté. Bien que l'estime de soi puisse s'améliorer momentanément, elle n'atteindra pas un niveau suffisamment élevé pour qu'une bonne estime personnelle soit construite (Brytek-Matera, 2007). Par conséquent, d'autres sacrifices ou activités devront être mis en place afin de se prouver qu'elle peut faire mieux et ainsi avoir l'impression d'améliorer son estime personnelle. Le tout devient un cercle vicieux, l'estime de soi n'étant jamais construite solidement (Brytek-Matera, 2007). Notons que certains chercheurs considèrent que l'estime de soi ne devrait pas être considérée comme un facteur de risque au développement de l'anorexie, mais plutôt comme un facteur de protection (Nicholls et Viner, 2009). En effet, les résultats de leur étude ont démontré qu'une bonne estime de soi protège contre le développement d'une anorexie (Nicholls et Viner, 2009). Pour ces auteurs, les facteurs de protection ne sont pas vus comme étant l'absence ou l'opposé du risque, mais plutôt comme ayant une influence directe sur l'apparition du trouble (Nicholls et Viner, 2009). Cette vision ne fait toutefois pas consensus dans la littérature.

En outre, certains résultats de recherche permettent de faire un lien entre l'estime de soi et l'adhérence à l'intervention. Halmi, Agras, Crow, Mitchell, Wilson, Bryson *et al.* (2005) rapportent que près de 60 % des personnes présentant une anorexie

et qui abandonnent l'intervention avant la fin ont une faible estime de soi, alors que 86 % des personnes présentant une anorexie et qui complète le programme d'intervention avaient une estime de soi élevée (Halmi *et al.*, 2005). En ce sens, il devient donc pertinent de comprendre les mécanismes relatifs au rôle de l'estime de soi dans l'évolution des personnes présentant une anorexie.

5. QUESTIONS DE RECENSION

En résumé, l'anorexie est une problématique multifactorielle dont l'émergence repose sur la combinaison complexe de multiples facteurs prédisposants, précipitants et de maintien. En ce qui concerne les facteurs prédisposants, plusieurs vulnérabilités sont recensées dans la littérature, mais l'estime de soi et le perfectionnisme jouent des rôles de premier plan dans le développement de la problématique. Or, leur effet sur l'évolution de l'anorexie demeure peu documenté (Accurso, Ciao, Fitzsimmons-Craft, Lock et Le Grange, 2014). Cette question s'avère pourtant essentielle considérant le pronostic défavorable (intermédiaire ou chronique) de l'anorexie pour la moitié des cas (Deter et Herzog, 1994; Sauro *et al.*, 2013; Strober *et al.*, 1997) ainsi que les liens établis entre l'estime de soi et l'adhérence à l'intervention. En outre, considérant que l'anorexie débute généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et que les tâches développementales de l'adolescence jouent un rôle central dans le développement de l'anorexie, il y a lieu de s'intéresser plus particulièrement à cette tranche d'âge.

La recension vise à répondre à deux questions, soit: 1. existe-t-il un lien entre le perfectionnisme et l'évolution de l'anorexie chez les adolescentes? ; 2. existe-t-il un lien entre l'estime de soi et l'évolution de l'anorexie chez les adolescentes?

DEUXIÈME CHAPITRE

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre vise à présenter les résultats de la recension des études dans les différentes banques de données. D'abord, la démarche de recherche documentaire réalisée pour recenser les études est présentée. Par la suite, les caractéristiques méthodologiques des études sont abordées. Puis, les principaux résultats des études recensés ainsi que leurs limites sont discutés. Ce chapitre se conclut par la présentation des objectifs de l'étude et des retombées anticipées de ce projet.

1. MÉTHODE DE RECENSION

Les banques de données qui ont été consultées sont: PsycINFO, Scopus, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection et Academic Search complete. Il est important de mentionner que les banques Scopus et CINAHL sont des banques de données en médecine qui incluent MEDLINE. Les mots-clés utilisés sont relatifs à 1. la problématique à l'étude (anorexie), 2. la clientèle visée (adolescentes), 3. l'évolution de la clientèle, 4. les variables d'intérêts (perfectionnisme et estime de soi). Les mots-clés ainsi que leurs synonymes ont été élaborés à partir des thésaurus des banques de données et des termes utilisés dans les différents écrits scientifiques. Les termes et opérateurs booléens inclus dans la recherche documentaire sont: (*anorexia*) AND (*adolescenc** OR *teen* OR *young** AND (*follow-up* OR *change* OR *recov** OR *treatment* OR *prognos**) AND (*perfection** OR *self-esteem* OR *self-concept* OR *self-worth*).

Les critères d'inclusion des articles sont: 1. être disponible en anglais ou en français, 2. être une étude empirique, 3. avoir une population clinique (présentant un diagnostic d'anorexie), 4. avoir un devis longitudinal. Les critères d'exclusion sont: 1. études portant sur d'autres problématiques de santé mentale, 2. études ayant pour objet d'étude l'évaluation de programme, 3. études portant sur les troubles des

conduites alimentaires de manière générale, c'est-à-dire celles qui ne distinguaient pas les différents troubles (anorexie, boulimie et hyperphagie).

La recherche documentaire a été effectuée dans une banque de données à la fois afin d'être le plus rigoureux possible. La première consultée est PsycINFO. Cette recherche documentaire a permis d'obtenir 955 études. Une première lecture des titres a été effectuée, ce qui a permis de sélectionner 33 études. Une lecture de chacun des résumés de ces études a permis de retrancher 12 études, parce qu'elles n'abordaient pas l'évolution de l'anorexie en lien avec le perfectionnisme et/ou l'estime de soi. Parmi les 21 études restantes, une lecture approfondie a permis de faire une sélection finale des articles. Parmi ces études, trois études ont été exclues, car elles comportaient des échantillons composés majoritairement d'adultes. De plus, neuf ont aussi été exclues, puisqu'elles n'abordaient pas l'évolution de l'anorexie en lien avec le perfectionnisme et/ou l'estime de soi. Deux autres études ont également été exclues. La première, parce qu'elle était composée d'un échantillon non clinique et la seconde, car elle avait un devis transversal plutôt que longitudinal. Au final, sept articles ont été conservés, soit trois portant sur l'estime de soi, trois portant sur le perfectionnisme et un portant à la fois sur l'estime de soi et le perfectionnisme. Une lecture des références bibliographiques a été effectuée afin de s'assurer qu'aucun article n'avait été omis lors de la recherche documentaire. La consultation des bibliographies a permis de repérer une étude supplémentaire portant sur le perfectionnisme. Cet article avait d'autres mots-clés que ceux utilisés pour la recherche dans les banques de données, c'est pourquoi l'article n'apparaissait pas dans les résultats de recherche. Afin de s'assurer qu'il n'y avait pas d'autres études qui auraient pu être échappées, une lecture approfondie des références bibliographiques de tous les autres articles a été faite. De plus, le même processus de recherche documentaire a été effectué dans toutes les autres banques de données retenues pour ce projet. Ce processus n'a pas permis d'identifier d'études supplémentaires. Au final, le processus de recherche documentaire a permis d'identifier huit articles répondant à l'une ou l'autre des questions de recension ainsi qu'aux critères d'inclusion et d'exclusion. Afin de s'assurer d'avoir le maximum de

résultats, les études comportant un échantillon de femmes adultes ont été lues. Cependant, ces études n'apportaient aucune information nouvelle ou pertinente à la recension. La figure 2 illustre le processus de recherche documentaire.

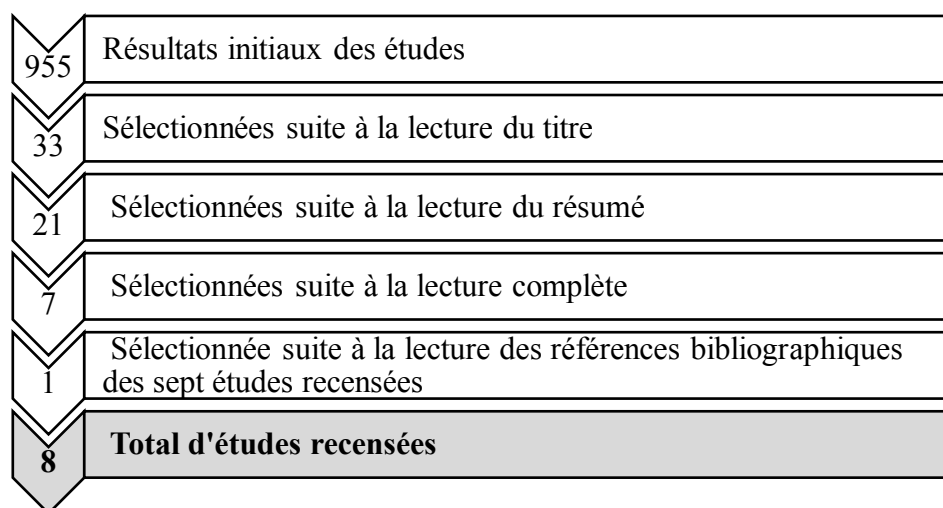


Figure 2: Processus de recherche documentaire

2. PRÉSENTATION DES ÉTUDES RECENSÉES

Les questions ayant guidé la recension des écrits scientifiques sont 1. existe-t-il un lien entre le perfectionnisme et l'évolution de l'anorexie chez les adolescentes? et 2. existe-t-il un lien entre l'estime de soi et l'évolution de l'anorexie chez les adolescentes? Cette section vise à présenter les résultats de la recension des écrits effectuée afin de répondre à ces questions. Tout d'abord, les caractéristiques méthodologiques des études recensées seront abordées. Ensuite, les résultats tirés des études portant sur le perfectionnisme seront présentés. Puis, les résultats des études dont la variable d'intérêt est l'estime de soi seront discutés. De plus, tant les points de divergence et de convergence des résultats des études recensées seront présentés. Enfin, les limites des études recensées seront abordées.

2.1 Caractéristiques méthodologiques des études recensées

Parmi les études recensées, quatre études portent sur le perfectionnisme (Bizeul, Sadowsky et Rigaud, 2001; Nilsson, Sundbom et Hägglöf, 2008; Nilsson et Hägglöf, 2005; Pla et Toro, 1999) et trois abordent l'évolution de l'estime de soi chez les personnes présentant une anorexie (Accurso *et al.*, 2014; Collin, Karatzias, Power, Howard, Grierson et Yellowlees, 2016; Lázaro *et al.*, 2011). Il est important de mentionner que l'étude de Nilsson *et al.* (2008) ainsi que celle de Nilsson et Hägglöf (2005) utilisent le même échantillon, cependant leurs objectifs de recherche ainsi que leurs analyses sont différents. Une étude (McCormick, Keel, Brumm, Watson, Forman-Hoffman et Bowers, 2009) comporte à la fois des mesures relatives au perfectionnisme et à l'estime de soi. Parmi les études recensées, trois sont de type longitudinal rétrospectif (McCormick *et al.*, 2009; Nilsson *et al.*, 2008; Nilsson et Hägglöf, 2005), c'est-à-dire que les données utilisées avaient été colligées pour d'autres études. Les cinq autres études ont un devis longitudinal prospectif (Accurso *et al.*, 2014; Bizeul *et al.*, 2001; Collin *et al.*, 2016; Lázaro *et al.*, 2011; Pla et Toro, 1999). Outre les études de Bizeul *et al.* (2001) et McCormick *et al.* (2009) dont les échantillons sont composés de moins de 30 participantes, toutes les études recensées comportent des échantillons de taille appréciable (plus de 50 sujets) pour le domaine des troubles du comportement alimentaire (TCA). Les études de Bizeul *et al.* (2001), Collin *et al.* (2016) et McCormick *et al.* (2009) sont les seuls dont les échantillons comportent une part plus importante d'adultes. En effet, la moyenne d'âge des participantes est de 18,1 ans (é.t. non-disponible) pour Bizeul *et al.* (2001), de 25,63 ans (é.t. 7,04) pour Collin *et al.* (2016) et 27,6 ans (é.t. 9,4) pour McCormick *et al.* (2009). Lázaro *et al.* (2011) ont intégré environ 20 % d'individus ayant un TCA non spécifié de type anorexique dans leur échantillon qui est donc composé à 80 % de personnes ayant un diagnostic d'anorexie selon les critères du DSM-IV (APA, 1994). Les intervalles entre les différents temps de mesure sont très variables entre les études. Les études de Nilsson *et al.* (2008) et Nilsson et Hägglöf (2005) comportent un délai allant jusqu'à 16 ans

entre les deux temps de mesure alors que l'étude de Lázaro *et al.* (2011) a une durée de trois mois entre les deux temps de mesure.

Dans toutes les études, les diagnostics d'anorexie reposent sur des critères reconnus et les instruments de mesure utilisés ont tous de bonnes qualités psychométriques. La méthode pour qualifier le type évolution de l'anorexie est très variable entre les études. Certaines études (Accurso *et al.*, 2014; Collin *et al.*, 2016) ont utilisé l'IMC pour évaluer l'évolution de l'anorexie. Ceux-ci classaient les participantes selon une évolution favorable ou défavorable en fonction de l'IMC présenté. Pour sa part, l'étude d'Accurso *et al.* (2014) a défini l'évolution de l'anorexie selon le *Eating Disorder Examination* (Fairburn et Cooper, 1993). Quant à Collin *et al.* (2016), ils ont qualifié l'évolution sur la base des variables psychologiques suivantes: la restriction alimentaire et la préoccupation quant à la nourriture et à la forme et au poids du corps. L'étude de Lázaro *et al.* (2011) n'ont pas évalué directement l'évolution de l'anorexie au T2. En effet, ils ont mesuré la perception des participantes en lien avec certaines variables (par exemple: apparence physique), par rapport à l'augmentation ou la diminution de l'estime de soi. Les auteurs Nilsson *et al.* (2008) et Nilsson et Hägglöf (2005) ont utilisé les critères d'anorexie présentés dans le DSM-III-R (APA, 1987) pour définir l'anorexie. L'étude de Nilsson et Hägglöf (2005) ont utilisé le *Global Assessment of Functioning Scale DMS-IV* (APA, 1994) pour évaluer l'évolution la gravité de l'anorexie et ainsi définir la présence ou non d'anorexie. Nilsson *et al.* (2008) ont effectué des entrevues semi-structurés, par un chercheur expérimenté, pour définir l'évolution de l'anorexie. Bizeul *et al.* (2001) ont défini la rémission de l'anorexie selon les critères de Jeammet, Jayle, Terrasse-Brechon et Gorge (1984). Pla et Toro (1999) ont pour leur part qualifié l'évolution selon qu'elle soit favorable ou défavorable en lien avec deux questionnaires auto-rapportés, soit le *Morgan and Russell Outcome Scale* (Morgan et Russell, 1975) et le *Eating Attitudes Test* (Garner et Garfienkel, 1979). McCormick *et al.* (2009) ont utilisé les critères d'anorexie du DSM-IV (APA, 1994) et la classification internationale des troubles

mentaux et de troubles du comportement (CIM-10) (Organisation mondiale de la santé, 1994) pour qualifier le type d'évolution, soit ayant une rémission ou une rechute.

Toutes les études concernant le perfectionnisme ont utilisé le *Eating Disorders Inventory* de Garner (Garner, 1994; Garner, Olmstead et Polivy, 1983) pour l'évaluation de cette variable. Les études comportant sur l'estime de soi ont utilisé des outils différents, comme le *Rosenberg Self Esteem Scale* (Rosenberg, 1965, 1979), l'*Inventaire multidimensionnel de l'estime de soi* (O'Brien et Epstein, 1988), *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (Piers et Harris, 1969), *Self-Esteem in Eating Disorders Questionnaire* (Launer, 1998) ou encore le *Socialization Battery-3* (Silva et Martorell, 1989). Les caractéristiques méthodologiques des études recensées sont présentées à l'annexe B.

2.2 Résultats des études recensées portant sur le perfectionnisme

Parmi les auteurs recensés, McCormick *et al.* (2009) se sont attardés aux différences de niveau de perfectionnisme entre le diagnostic d'anorexie (T1) et une mesure de suivi (T2) quelques années plus tard. Ces auteurs arrivent au constat que le niveau de perfectionnisme diminue pour toutes les participantes entre les T1 et T2. L'étude de Nilsson et Hägglöf (2005) porte sur l'amélioration du niveau de perfectionnisme entre le T2, soit 8 ans après l'admission, et le T3, soit 16 ans après l'admission. Ils arrivent à la conclusion que le perfectionnisme ne s'améliore pas de façon significative entre le T2 et le T3 pour les participantes de leur étude.

En ce qui concerne les liens entre les niveaux de perfectionnisme au T1 et au T2, les résultats de Bizeul *et al.* (2001) démontrent qu'un plus haut niveau de perfectionnisme au T1 est lié à un pronostic défavorable de l'anorexie après plus de cinq ans ($x = 8,5$ ans; é.t. ND), et ce, même en contrôlant pour l'âge, la durée de l'anorexie et le sous-type d'anorexie. Les autres auteurs recensés se sont attardés aux liens entre le perfectionnisme et l'évolution de l'anorexie en mesurant ces deux

concepts au même temps de mesure. Pla et Toro (1999) arrivent au constat que la présence de perfectionnisme chez les individus au T2 est davantage liée à une évolution défavorable de l'anorexie au même temps de mesure. Dans le même ordre d'idées, Nilsson *et al.* (2008) rapportent que les personnes ayant une rémission favorable depuis plusieurs années présentent un plus bas niveau de perfectionnisme au moment de la mesure de suivi que celles ayant une évolution défavorable. Ces auteurs identifient également que les personnes présentant une rémission depuis plusieurs années (présence d'anorexie au T1, mais pas au T2 et T3) auraient de plus faibles niveaux de perfectionnisme au moment de la mesure d'évolution que celles présentant une rémission depuis quelques années (présence d'anorexie au T1 et au T2, mais pas au T3, et ce, sans présence d'aucun symptôme relatif à l'anorexie) ou depuis peu (présence d'anorexie au T1 et au T2, mais pas au T3 présentant encore certains symptômes relatifs à l'anorexie) (Nilsson *et al.*, 2008). Nilsson *et al.* (2008) se sont également intéressés au perfectionnisme orienté vers soi (exemple: « je déteste ne pas être le meilleur ») et au perfectionnisme socialement prescrit (exemple : « mes parents s'attendent aux meilleures réussites de ma part »). Ils ont identifié que les personnes présentant une rémission favorable de l'anorexie depuis quelques années ont un niveau de perfectionnisme orienté vers soi et socialement prescrit plus faible au T2 que celles ayant une rémission défavorable de l'anorexie (Nilsson *et al.*, 2008). Cependant, 16 ans après l'admission dans ce programme d'intervention, aucune différence n'a pu être trouvée pour ces types de perfectionnisme entre les deux types de rémission (Nilsson *et al.*, 2008), ce qui laisse croire que les sous-types de perfectionnisme ne diffèrent plus après un certain temps entre les groupes de rémission favorable ou défavorable.

En résumé, les résultats de l'ensemble des études recensées ne permettent pas de faire des associations entre le perfectionnisme au T1 et l'évolution de l'anorexie au T2, sauf pour l'étude de Bizeul *et al.* (2001). Ces résultats mènent au constat qu'il est difficile de conclure sur le rôle du perfectionnisme au T1 dans l'évolution de l'anorexie au T2 chez les adolescentes présentant une anorexie.

2.3 Résultats des études recensées portant sur l'estime de soi

Certains auteurs (Collin *et al.*, 2016; Lázaros *et al.*, 2011; McCormick *et al.*, 2009) rapportent la présence de faible estime de soi au T1 et au T2 dans leur échantillon, mais sans préciser (interpréter) le niveau de difficulté présenté par les participantes. Pour ce qui est des différences entre les niveaux d'estime de soi au T1 et au T2, Lázaro *et al.* (2011) arrivent au constat que les individus présentant une anorexie ont une meilleure estime de soi au T2 qu'au T1.

En ce qui concerne les liens entre l'estime de soi au T1 et l'évolution de l'anorexie au T2, Accurso *et al.* (2014) n'ont obtenu aucun résultat significatif concernant l'estime de soi. Donc, il n'est pas possible d'associer l'estime de soi à une évolution favorable ou défavorable de l'anorexie. Les résultats d'une autre étude indiquent qu'une bonne estime de soi à l'admission du programme est associée au T1 à moins de restriction alimentaire, de préoccupations quant à la nourriture et à la forme et au poids du corps (Collin *et al.* 2016). Pareillement pour le T2, une bonne estime de soi après la participation au programme est associée au T2 à moins de restriction alimentaire, de préoccupations quant à la nourriture et à la forme et au poids du corps (Collin *et al.* 2016). Cette même étude rapporte qu'une meilleure estime de soi au T1 est liée à un IMC plus élevé au T1 (Collin *et al.* 2016). Quant aux résultats de McCormick *et al.* (2009), ils indiquent que les individus présentant une évolution favorable démontrent une meilleure estime d'eux-mêmes un an après la fin de leur hospitalisation suite à une anorexie. Par contre, ces chercheurs ont également observé que les personnes présentant une rechute ou une évolution défavorable ont tout de même une amélioration de leur estime de soi entre le T1 et le T3 (McCormick *et al.*, 2009).

En résumé, les études actuelles ne permettent pas d'avoir un consensus quant au rôle de l'estime de soi au T1 sur l'évolution de l'anorexie au T2. En effet, pour certains auteurs aucun résultat significatif n'est retrouvé pour ces deux variables

(Accurso *et al.*, 2014), alors que pour d'autres auteurs, une association est identifiée, mais pour des variables mesurées simultanément au moment de la mesure d'évolution (Collin *et al.*, 2016; McCormick *et al.*, 2009). Bref, les études actuelles ne permettent pas d'avoir une idée précise de l'apport de l'estime de soi au T1 sur l'évolution de l'anorexie au T2.

2.4 Limites des études

Bien que les études recensées aient des résultats intéressants, seulement quelques auteurs (Bizeul *et al.*, 2001) se sont intéressés aux différences des niveaux de perfectionnisme ou d'estime de soi entre le moment du diagnostic et une mesure de suivi. De même, la majorité des études font des associations entre les niveaux de perfectionnisme ou d'estime de soi mesurés au moment de la mesure de suivi (Collin *et al.*, 2016; McCormick *et al.*, 2009; Nilsson *et al.*, 2008; Nilsson et Hägglöf, 2005; Pla et Toro, 1999). Ces études ne permettent donc pas de conclure si les niveaux de perfectionnisme ou d'estime de soi au moment du diagnostic peuvent prédire l'évolution de la problématique quelques années plus tard. En somme, les études recensées permettent de répondre de façon très partielle à la question de recension. De plus, ces études comportent des lacunes méthodologiques importantes.

En effet, certaines des études recensées (McCormick *et al.*, 2009; Nilsson *et al.*, 2008; Nilsson et Hägglöf, 2005) ont eu recours à des devis longitudinaux rétrospectifs, ce qui signifie qu'elles utilisent des données qui n'ont pas été utilisées pour des fins de recherche. Cette façon de faire a souvent pour effet d'avoir des données incomplètes ou imprécises.

Dans certaines études (Bizeul *et al.*, 2001; Collin *et al.*, 2016; McCormick *et al.*, 2009), l'échantillon comporte une proportion d'adultes relativement importante, ce qui limite la généralisation possible des résultats aux adolescents présentant une anorexie. En effet, l'anorexie comporte des caractéristiques variables selon l'âge des

personnes présentant la problématique. Considérant que l'adolescence est un moment critique d'apparition de l'anorexie (Pauzé et Charbouillot-Mangin, 2001), il semble important que cette tranche d'âge soit mieux évaluée afin d'obtenir un portrait spécifique à cette population.

Bref, les études actuelles présentent des lacunes qui soulignent l'importance de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les liens entre l'évolution de l'anorexie et le perfectionnisme ainsi que la faible estime de soi, et ce, considérant qu'il s'agit de deux variables jouant un rôle important dans l'apparition et le maintien de l'anorexie chez les adolescentes (Bardone-Cone *et al.*, 2007; Button et Warren, 2002; Karatzias *et al.*, 2010; Machado *et al.*, 2014).

3. OBJECTIF DE RECHERCHE

Le but de la présente étude est d'évaluer si les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi au moment du diagnostic peuvent prédire l'évolution de l'anorexie mentale chez une clientèle adolescente. Plus spécifiquement, cette étude vise à: 1. décrire les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi des personnes présentant une anorexie au moment de leur admission dans un programme d'intervention (T1) et un an après que le diagnostic d'anorexie ait été émis (T2); 2. documenter l'évolution du perfectionnisme et de l'estime de soi entre le T1 et le T2 chez ces mêmes personnes; 3. déterminer l'association entre le perfectionnisme ou l'estime de soi et l'évolution de l'anorexie.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Cette section vise à présenter la méthodologie de la présente étude. Dans l'ordre, l'étude longitudinale dans laquelle s'insère cette étude sera d'abord présentée. Puis, le devis de recherche de la présente étude, son échantillon, le déroulement de la collecte des données, les instruments de mesure utilisés ainsi que les analyses statistiques seront discutés.

1. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE LONGITUDINALE

La présente étude s'intègre à une étude longitudinale qui a débuté en 2006 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Les objectifs de cette étude sont: 1. colliger des données sur les caractéristiques psychologiques, familiales et sociales de la clientèle pédiatrique présentant un TCA et recevant des services ; 2. analyser les interventions réalisées auprès de ces jeunes ainsi que de leur famille. Toutes les adolescentes ainsi que leur parent recevant des services pour un TCA au CHUS sont invités à participer à la recherche. Plusieurs critères d'inclusion ont été mis en place afin de sélectionner les participantes, soit: 1. la jeune et sa famille acceptent de recevoir des services de la Clinique de troubles alimentaires du CHUS; 2. la jeune a un diagnostic de TCA selon les critères du DSM-IV (APA, 2003); 3. la jeune est âgée de moins de 18 ans au moment de l'admission dans les services des Cliniques de troubles alimentaires; 4. la jeune et ses parents consentent à participer à la recherche; 5. la jeune et ses parents ont la capacité de lire et de comprendre le français ou l'anglais; 6. la jeune et ses parents acceptent de compléter l'ensemble des questionnaires d'évaluation.

Les procédures d'évaluation sont les mêmes pour toutes les adolescentes et les parents participant à l'étude longitudinale. En premier lieu, une évaluation médicale est effectuée par un pédiatre spécialisé dans le domaine des TCA. Ce dernier pose le

diagnostic de TCA approprié selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 2003). Dans les semaines suivant l'évaluation médicale, la jeune et ses parents sont invités à remplir les questionnaires qui permettent d'évaluer les différentes caractéristiques psychologiques, familiales et sociales reconnues pour être liées aux TCA. Les questionnaires sont complétés via un ordinateur, en ligne. Une durée moyenne de 90 minutes est habituellement nécessaire pour l'adolescente et environ 45 minutes pour les parents. Toutes les données sont dénominalisées et saisies de façon automatique dans le logiciel SPSS. Les données recueillies par le pédiatre lors de l'évaluation médicale et celles obtenues via les questionnaires représentent le T1 de l'étude longitudinale. Les questionnaires sont à nouveau remplis par la jeune et ses parents tous les 12 mois suivant l'admission dans les services du CHUS, et ce, pour une période de cinq ans.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche du CHUS. Les parents signent un formulaire de consentement et l'assentiment des jeunes est également obtenu. Toutes les adolescentes et leur parent sont libres de participer à la recherche et leur refus n'a aucun impact sur les soins reçus. Ceux-ci peuvent se retirer de la recherche en tout temps au cours du processus. La confidentialité des données est assurée (données dénominalisées et accès limité à la banque de données). Les participantes de la recherche qui présentent des problématiques particulières dépistées par les questionnaires (exemple: dépression majeure) sont référées à des professionnels. Au total, environ 80 % des adolescentes et des parents consentent à la recherche.

2. DEVIS DE RECHERCHE

La présente étude vise à documenter si les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi au moment de l'admission dans un programme de soins peuvent prédire l'évolution de l'anorexie. Cet objectif de recherche infère plusieurs temps de mesures, soit l'admission de l'adolescente dans le programme d'intervention (T1) et son

évolution 12 mois après l'admission dans le programme d'intervention (T2). Le devis de recherche est donc longitudinal prospectif.

3. ÉCHANTILLON

L'échantillon de la présente étude est composé au T1 et au T2 de 52 adolescentes âgées de 11 à 18 ans. En plus des critères d'inclusion de l'étude principale, les participantes de la présente étude devaient présenter un diagnostic d'anorexie selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2003) (l'étude ayant débuté en 2006, c'est cette version qui était utilisée lors de la collecte de données). Les garçons ont été exclus de l'étude afin de limiter le biais attribuable au genre dans les comparaisons et améliorer l'homogénéité de l'échantillon. À cet effet, notons que toutes les participantes ont reçu une intervention comparable en termes de durée et de contenu, ce qui contribue à l'homogénéité de l'échantillon. Il est aussi important de préciser que cette étude ne vise pas à documenter l'effet du programme d'intervention sur l'évolution, mais plutôt les rôles des variables d'intérêt (perfectionnisme et faible estime de soi) dans l'évolution de l'anorexie. Notons qu'outre certaines données manquantes pour les données sociodémographiques, il n'y a aucune donnée manquante pour les variables indépendantes et dépendantes.

Le tableau 1 présente les analyses descriptives de l'échantillon à l'étude en fonction du temps de mesure, soit au T1 ou au T2. Au T1, l'âge moyen est de 14,96 ans (1,62) et au T2, les participantes à l'étude sont âgées en moyenne de 16,16 ans (1,86). Les participantes ont un IMC moyen de 17,66 (2,49) kg/m² au T1 de l'étude. Cet IMC correspond à un indice de sévérité de type léger (APA, 2013), mais cette interprétation est à prendre avec prudence considérant que ces balises ont été conçues pour les adultes. Le T2 s'est déroulé de 11 à 16 mois après le T1. Au T2, les adolescentes ont un IMC moyen de 21,24 (3,73) kg/m², ce qui indique également un indice de sévérité de type léger (APA, 2013). Globalement, les participantes fréquentent l'école secondaire. Tant au T1 qu'au T2, les participantes proviennent

majoritairement de familles intactes (69,39 % au T1 et 76,19 % au T2). En ce qui concerne la scolarité de la figure maternelle des participantes au T1, celles-ci ont pour la plupart soit un diplôme d'études collégial (31,25 %) soit un diplôme universitaire (39,58 %). Ces proportions sont similaires au T2. Au T1, les figures paternelles ont pour la plupart un diplôme universitaire (35,71 %), ce qui est semblable au T2. Les statistiques du recensement de 2016 démontrent qu'il y a 18 % de la population générale du Québec qui détient un diplôme d'études collégiales et 21 % qui ont un diplôme universitaire (Statistiques Canada, 2017). Le niveau d'éducation des parents de l'échantillon de l'étude semble donc supérieur à celui de la population générale. Le revenu familial s'élève à plus de 80 000 \$ par année pour 44,90 % des familles au T1 alors qu'au T2, les deux tiers des familles ont un revenu familial de 80 000 \$ et plus par année. Considérant qu'en 2015 le revenu médian des familles québécoises s'élevait à 59 822 \$, le revenu des familles de l'échantillon est considéré comme étant plus élevé que celui de la population en générale du Québec (Statistique Canada, 2017).

Tableau 1
Variables sociodémographiques des participantes à l'étude

| Variabes à l'étude | T1 | T2 |
|---|--------------|--------------|
| Nombre total de participantes | 52 | 52 |
| Nombre de participantes | n = 48 | n = 51 |
| Âge (années) moyenne (é.t.) | 14,96 (1,62) | 16,16 (1,86) |
| Nombre de participantes | n = 52 | n = 21 |
| IMC (kg/m²) moyenne (é.t.) | 17,66 (2,49) | 21,24 (3,73) |
| Nombre de famille | n = 49 | n = 21 |
| Type de famille (%) | | |
| - Intacte | 69,39 % | 76,19 % |
| - Reconstituée | 14,29 % | 4,76 % |
| - Monoparental | 16,32 % | 19,05 % |
| Nombre de participantes | n = 46 | n = 50 |
| Scolarité (%) | | |
| - Primaire | 6,52 % | 4,00 % |
| - Secondaire | 91,30 % | 70,00 % |
| - Cégep | 2,18 % | 10,00 % |
| - Université | 0 % | 16,00 % |
| Nombre de figures maternelles | n = 48 | n = 18 |
| Scolarité de la figure maternelle (%) | | |
| - Secondaire | 18,75 % | 0 % |
| - DEP | 10,42 % | 22,22 % |
| - Cégep | 31,25 % | 16,67 % |
| - Université | 39,58 % | 61,11 % |
| Nombre de figures paternelles | n = 42 | n = 16 |
| Scolarité de la figure paternelle (%) | | |
| - Secondaire | 16,66 % | 12,50 % |
| - DEP | 21,43 % | 25,00 % |
| - Cégep | 26,20 % | 31,25 % |
| - Université | 35,71 % | 31,25 % |
| Nombre de famille | n = 49 | n = 18 |
| Revenu familial (%) | | |
| - 0 \$ à 39 999 \$ | 20,40 % | 11,11 % |
| - 40 000 \$ à 79 999 \$ | 34,70 % | 22,22 % |
| - 80 000 \$ et plus | 44,90 % | 66,67 % |

DEP = diplôme d'études professionnelles; é.t. = écart type; IMC: indice de masse corporelle

4. INSTRUMENTS DE MESURE

Plusieurs instruments de mesure sont utilisés dans l'étude longitudinale. D'abord, lors de l'émission du diagnostic, le pédiatre compile les informations suivantes: âge du patient, genre, poids, taille, IMC, diagnostic et présence de menarche. Un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques des adolescents et de ses parents est complété par les parents et permet d'évaluer le type de famille, le niveau de scolarité de l'adolescent et de ses parents, le revenu familial, le nombre de déménagements et le nombre de changements de configuration familiale. En plus de ces données, l'*Eating Disorders Inventory-3* (Garner, 2004) ainsi que l'Inventaire de dépression de Beck (IDB-II) (Beck, Steer et Brown, 1996) qui sont utilisés dans l'étude longitudinale ont aussi été retenus pour la présente étude.

4.1 Eating Disorders Inventory - 3

L'*Eating Disorders Inventory-3* (EDI-3) de Garner (2004) est un questionnaire auto-complété très utilisé dans la littérature portant sur les TCA. Ce questionnaire permet d'évaluer les traits psychologiques ou les construits cliniquement pertinents de l'anorexie. Il est utilisé à partir de l'âge de 11 ans. L'EDI-3 est composée de 91 items auxquels le répondant répond avec une échelle de type Likert en six points allant de « toujours » à « jamais ». Cet outil comporte 12 sous-échelles, soit 3 sous-échelles relatives aux désordres alimentaires, soit: recherche de minceur (sept items), comportements boulimiques (huit items) ainsi que l'insatisfaction corporelle (10 items); ainsi que 9 sous-échelles portant sur l'ajustement psychologique, soit: insatisfaction concernant le corps (10 items), faible estime de soi (six items), aliénation personnelle (sept items), insécurité interpersonnelle (sept items), aliénation interpersonnelle (sept items), déficit d'introspection (neuf items), perfectionnisme (six items), ascétisme (sept items), peur de maturité (huit items). Il comporte également des scores globaux composés des scores des différentes sous-échelles, soit: 1. sentiment d'inefficacité (faible estime de soi + aliénation personnelle); 2. problèmes

interpersonnels (insécurité interpersonnelle + aliénation interpersonnelle); 3. problème affectif (déficit d'introspection + manque de régulation émotionnelle); 4. sur-contrôle (perfectionnisme + ascétisme); 5. risque de désordres alimentaires (addition des 3 sous-échelles relatives aux désordres alimentaires); 6. ajustement psychologique (additions des 9 sous-échelles d'ajustement psychologique). Pour les besoins de la présente étude, les variables retenues sont les variables d'intérêt, soit le perfectionnisme et la faible estime de soi ainsi que le score global risque de désordres alimentaires. Ce score global permet d'évaluer l'évolution de l'anorexie chez les participantes sur la base des symptômes de l'anorexie. Pour éviter la confusion, ce score global sera nommé évolution pour le reste du mémoire. Il importe de préciser que l'évolution ne réfère pas à une différence entre deux temps de mesure, mais bien à la mesure effectuée au T2, ce qui est cohérent avec ce qui est habituellement fait dans le domaine (voir section 2.2). Les seuils d'interprétation du concepteur de l'outil (Garner, 2004) seront utilisés pour interpréter les résultats, notamment de l'objectif 1. Notons que les scores utilisés sont des scores T, et ce, pour toutes les variables de l'EDI-3, conformément aux indications du concepteur de l'outil.

L'EDI-3 démontre de bonnes propriétés psychométriques pour les échantillons composés d'adolescent. Pour la cohérence interne des échelles, celles-ci varient de 0,63 à 0,96 (Garner, 2004) selon les sous-échelles. La fidélité test-retest démontre de très bons résultats, se situant entre 0,86 et 0,98. Pour ce qui est de la validité convergente et divergente, les corrélations entre l'EDI-3 (Garner, 2004) et plusieurs autres questionnaires sont conformes à ce qui est attendu: les corrélations sont élevées (0,60 et plus) lorsque les construits mesurés sont similaires et faibles (moins de 0,60) lorsque les construits sont distincts. La fidélité test-retest est excellente, les coefficients de corrélations varient de 0,86 à 0,98 selon les variables (délai maximal de sept jours) (Garner, 2004).

En ce qui concerne la cohérence interne, le coefficient alpha de Cronbach varie entre 0,80 et 0,96 pour toutes les variables (Garner, 2004), ce qui est plus

qu'acceptable. De façon plus précise, les alphas de Cronbach ont été calculés pour la faible estime de soi, le perfectionnisme, l'évolution de l'anorexie et les symptômes dépressifs au sein de l'échantillon à l'étude. Tout d'abord, pour le perfectionnisme, le coefficient obtenu est de 0,83, ce qui est très bien. Ensuite, le coefficient obtenu pour la faible estime de soi est de 0,87, ce qui est encore une fois acceptable. Enfin, pour l'évolution de l'anorexie, le coefficient obtenu est de 0,96, ce qui s'avère être excellent. Les coefficients obtenus pour ces échelles démontrent une cohérence interne très satisfaisante.

4.2 Inventaire de dépression de Beck - II

L'IDB-II (Beck *et al.*, 1996) est utilisé pour évaluer les sentiments dépressifs. Le choix de cet outil s'explique par le fait qu'il appert intéressant de considérer cette variable pour l'objectif 3. En effet, les sentiments dépressifs et anxieux sont parmi les principales conséquences psychologiques l'anorexie (Bulik *et al.*, 2005). Il importe donc de considérer ces variables comme variable de contrôle. Pour cette étude, seuls les sentiments dépressifs ont pu être considéré, en raison d'un trop grand nombre de données manquantes pour les symptômes anxieux. L'IDB-II est constitué de 21 items comportant quatre affirmations ordonnées selon la gravité des symptômes. Pour chacun des items, les participantes doivent choisir l'énoncé qui les représente le mieux. Le score varie de 0 à 63: 1. un score entre 0 et 13 indique un niveau minimal de dépression; 2. un score de 14 à 19 correspond à un niveau léger de sentiments dépressifs; 3. un score se situant entre 20 et 28 signale des sentiments dépressifs d'intensité modérée; 4. un score égal ou supérieur à 29 indique la présence de dépression sévère. Ces classifications ont été développées auprès d'un échantillon de la population générale (Beck *et al.*, 1996).

Les items du BDI-II (Beck *et al.*, 1996) sont basés sur les critères diagnostiques de la *dépression* du DSM IV (APA, 1994), ce qui confère au questionnaire une excellente validité de contenu. Sa sensibilité et sa spécificité ont été

estimées à 71 % et 88 % respectivement, par comparaison à la première version du questionnaire (Dozois, Dobson et Ahnberg, 1998). La validité convergente du BDI-II (Beck *et al.*, 1996) a été démontrée par des corrélations significatives ($p \leq 0,05$) avec d'autres instruments de mesure portant sur des variables proches de la *dépression*. La validité divergente a aussi été démontrée par des associations faibles ($p > 0,05$) entre le BDI-II (Beck *et al.*, 1996) et des construits distincts de la *dépression*. La cohérence interne du questionnaire est supérieure à 0,9 et sa fidélité test-retest est de 0,93 (intervalle d'une semaine) (Beck *et al.*, 1996; Dozois *et al.*, 1998; Osman, Downs, Barrios, Kopper, Gutierrez et Chiro, 1997). Pour l'échantillon à l'étude, l'alpha de Cronbach se situe à 0,91, ce qui est excellent et qui démontre une cohérence interne très satisfaisante pour cette échelle.

5. ANALYSES STATISTIQUES

Les objectifs poursuivis par cette étude sont: 1. décrire les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi des personnes présentant une anorexie au moment de leur admission dans un programme d'intervention (T1) et un an après que le diagnostic d'anorexie ait été émis (T2); 2. documenter l'évolution du perfectionnisme et de la faible estime de soi entre le T1 et le T2 chez ces mêmes personnes; 3. déterminer si les niveaux de perfectionnisme et de faible estime de soi au T1 peuvent prédire l'évolution au T2. Plusieurs types d'analyses seront effectuées afin de répondre à ses objectifs. Tout d'abord, des moyennes seront calculées pour le perfectionnisme et la faible estime de soi (objectif 1). Par la suite, des tests-*t* pour échantillon appariés (objectif 2) seront effectués. Ensuite, des analyses de corrélations seront effectuées afin de vérifier les associations entre les variables (perfectionnisme, faible estime de soi, évolution) à l'étude. Dans le cas où des associations seraient identifiées, des régressions linéaires multiples hiérarchiques seront effectuées (objectif 3). Cela permettra de déterminer si le perfectionnisme ou la faible estime de soi au T1 sont des prédicteurs de l'évolution de l'anorexie au T2 chez les adolescentes composant l'échantillon de l'étude.

QUATRIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre est consacré aux résultats de cette étude. Ceux-ci seront présentés selon les objectifs de l'étude, soit: 1. décrire les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi des personnes présentant une anorexie au moment de leur admission dans un programme d'intervention (T1) et un an après que le diagnostic d'anorexie ait été émis (T2); 2. documenter l'évolution du perfectionnisme et de la faible estime de soi entre le T1 et le T2 chez ces mêmes personnes; 3. déterminer si les niveaux de perfectionnisme et de faible estime de soi au T1 peuvent prédire l'évolution au T2.

1. NIVEAUX DE PERFECTIONNISME ET DE FAIBLE ESTIME DE SOI AU T1 ET AU T2

Le tableau 2 présente les niveaux moyens de perfectionnisme et de faible estime de soi des participantes en fonction des temps de mesure. Ces résultats sont interprétés ici selon les classifications du concepteur de l'outil (EDI-3, Garner, 2004) pour une population d'adolescentes présentant une anorexie. Les résultats indiquent que les participantes de l'étude ont en moyenne un score de 46,65 ($\pm 9,02$) pour le perfectionnisme au T1, ce qui indique un niveau de difficulté typique (scores variant entre 45 et 56) selon le concepteur de l'outil (Garner, 2004). Pour le T2, le score moyen (44,23 $\pm 8,43$) obtenu par les participantes à l'échelle perfectionnisme indique également un niveau de difficulté faible (scores inférieurs à 44) selon le concepteur de l'outil. Le score moyen de la faible estime de soi des participantes au T1 (45,96 $\pm 9,00$) se rapporte à un niveau typique de difficulté (scores variant entre 46 et 57) selon le concepteur de l'outil. En ce qui concerne le T2, le score moyen obtenu des participantes (41,44 $\pm 8,10$) pour la faible estime de soi se situe également à un niveau de difficulté faible (scores inférieurs à 45) selon le concepteur de l'outil. Le score moyen obtenu pour l'évolution de l'anorexie (48,12 $\pm 10,69$) au premier temps de mesure se situe à un niveau de difficulté typique (scores variant entre 48 et 58) selon le concepteur de

l'outil. Au T2, le score moyen obtenu ($41,92 \pm 9,74$) pour l'évolution des participantes indique un faible niveau de difficulté (score inférieur à 47) selon le concepteur de l'outil.

En résumé, les participantes à l'étude n'ont pas un niveau de difficulté élevé pour aucune des variables, mais elles présentent tout de même certaines difficultés, lesquelles sont jugées en moyenne faible ou typique d'une population adolescente présentant une anorexie selon le concepteur de l'outil (Garner, 2004). De façon générale, les écarts-types démontrent une grande variabilité dans les scores, et ce, pour toutes les variables. En fait, l'étendue des résultats est de plus ou moins un écart-type pour toutes les variables.

Tableau 2

Moyennes des résultats de l'EDI-3 des participantes à l'étude

| Variabes à l'étude | T1(n = 52) moyenne (é.t.) | T2 (n = 52) Moyenne (é.t.) |
|----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Perfectionnisme | 46,65 (9,02) | 44,23 (8,43) |
| Faible estime de soi | 45,96 (9,00) | 41,44 (8,10) |
| Évolution | 48,12 (10,69) | 41,92 (9,74) |

2. ÉVOLUTION DU PERFECTIONNISME ET DE L'ESTIME DE SOI AU T1 ET AU T2

Des tests-t pour échantillons appariés ont été effectués afin de documenter l'évolution du perfectionnisme, de la faible estime de soi et l'évolution de l'anorexie entre le T1 et le T2 chez les participantes (tableau 3). Pour ce qui est du perfectionnisme, il y a une différence significative entre les scores présentés aux deux temps de mesure ($p \leq 0,050$). Il est donc possible de dire que les participantes se perçoivent moins perfectionnistes au T2 qu'au T1. Cette différence est toutefois considérée de petite taille (éta-carré: $n^2 = 0,030$) au niveau clinique. Pour ce qui est de

la faible estime de soi, il existe une différence significative entre les scores présentés au T1 et ceux du T2 ($p \leq 0,000$). Cela signifie que les participantes à l'étude démontrent une meilleure estime d'elles-mêmes au T2. Cette différence significative est de moyenne taille ($n^2 = 0,060$). Pour ce qui est de la mesure d'évolution, il est également possible de voir une différence significative entre le T1 et le T2 ($p = 0,001$), ce qui signifie que les participantes ont une évolution favorable en lien avec l'anorexie. Cette différence entre les deux temps de mesure est considérée de grande taille ($n^2 = 0,188$) au niveau clinique. Globalement, les participantes à l'étude présentent moins de difficultés au T2 qu'au T1, et ce, pour les variables perfectionnisme ainsi qu'estime de soi. L'évolution de l'anorexie est également favorable, car les participantes présentent significativement moins de difficultés au T1 qu'au T2.

Tableau 3

Tests-t pour les variables du perfectionnisme et de l'estime de soi

| Variabes à l'étude | <i>n</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>n</i> ² |
|----------------------------|----------|----------|----------|-----------------------|
| Perfectionnisme T1-T2 | 52 | 2,008 | 0,050 | 0,030 |
| Faible estime de soi T1-T2 | 52 | 4,278 | 0,000 | 0,060 |
| Évolution T1-T2 | 52 | 3,443 | 0,001 | 0,188 |

3. ASSOCIATION ENTRE LE PERFECTIONNISME OU LA FAIBLE ESTIME DE SOI ET L'ÉVOLUTION DE L'ANOREXIE

3.1 Les corrélations

Des corrélations ont été effectuées pour déterminer s'il y avait une association entre la faible estime de soi ou le perfectionnisme et l'évolution de l'anorexie et afin de vérifier s'il y avait un problème de multicolinéarité entre les variables. À ce sujet, les résultats indiquent l'absence de multicolinéarité entre les variables indépendantes

(perfectionnisme et faible estime de soi) et les variables dépendantes (évolution), puisqu'il n'y a pas d'association corrélée à 0,9 ou -0,9 dans les résultats obtenus.

En ce qui concerne les relations entre les variables du T1 et celles du T2, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de relation significative entre le perfectionnisme du T1 et l'évolution de l'anorexie au T2 ($r = 0,040$; $p = 0,779$). La faible estime de soi du T1 est liée significativement à l'évolution de l'anorexie T2 ($r = 0,316$; $p \leq 0,05$), ce qui signifie qu'une faible estime au T1 est associée à une évolution moins favorable au T2. Une variable de contrôle (symptômes dépressifs) a également été utilisée afin de s'assurer que les symptômes dépressifs n'influencent pas les variables indépendantes (faible estime de soi et perfectionnisme). Cette variable de contrôle est significativement corrélée avec l'évolution de l'anorexie au T2 ($r = 0,461$; $p = 0,01$). Ce qui démontre que le score de symptômes dépressifs au T1 des adolescentes de l'échantillon est associé significativement à l'évolution de l'anorexie au T2, donc la présence de symptômes dépressifs au T1 est associée à une évolution moins favorable au T2. Il appert qu'aucune multicolinéarité n'est présente pour ces variables.

Tableau 4

Corrélations entre les différentes variables à l'étude entre le T1 et le T2

| Variabes à l'étude | Perfectionnisme T2 | Faible estime de soi T2 | Évolution T2 | Symptômes dépressifs T2 |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Perfectionnisme T1 | 0,504** | -0,030 | 0,040 | 0,001 |
| Faible estime de soi T1 | -0,059 | 0,608** | 0,316* | 0,445** |
| Évolution T1 | 0,048 | 0,256 | 0,197 | 0,146** |
| Symptômes dépressifs T1 | 0,001 | 0,526** | 0,461** | 0,524** |

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

3.2 Les régressions linéaires

Des régressions linéaires ont été effectuées afin de vérifier l'effet des variables indépendantes (perfectionnisme et faible estime de soi) au T1 sur la variable dépendante (évolution) au T2, et ce, en contrôlant pour les symptômes dépressifs au T1 (tableau 5). La première étape a consisté à inclure seulement la variable de contrôle. Les résultats indiquent que les symptômes dépressifs au T1 ont une influence sur l'évolution au T2 ($r = 0,461$; $p = 0,001$). En fait, les symptômes dépressifs expliquent 19,6 % de la variation de l'évolution de l'anorexie au T2.

La variable indépendante faible estime de soi au T1 est la seule qui s'avère significativement corrélée à l'évolution au T2 ($p = 0,022$), cette variable a donc été incluse au modèle lors de la deuxième étape, et ce, toujours en contrôlant pour les symptômes dépressifs. Le modèle obtenu à cette étape demeure significatif, mais la variable faible estime de soi au T1, elle, s'avère non-significative ($p \geq 0,05$). De plus, elle n'améliore pas le modèle, puisque la variance diminue à 18 % avec ce modèle ($p = 0,004$).

Enfin, le perfectionnisme au T1 a été inclus dans le modèle. Ce troisième modèle demeure significatif ($p = 0,012$), mais est moins intéressant que le premier modèle considérant que la variance expliquée passe de 18 % à 16 %. De plus, les variables faible estime de soi et perfectionnisme s'avèrent non significatives dans ce modèle ($p \geq 0,05$).

Le modèle retenu est celui de l'étape 1. Ce dernier indique que lorsque les sentiments dépressifs sont contrôlés, les variables faible estime de soi au T1 et perfectionnisme au T1 ne permettent pas de prédire l'évolution au T2.

Tableau 5
Régressions linéaires prédisant l'évolution de l'anorexie au T2

| | Modèle 1 | | | |
|-------------------------|--------------|-----------|---------|-----------|
| | ΔR^2 | F | β | t |
| Étape 1 | 0,196 | 12,694*** | | |
| Symptômes dépressifs T1 | | | 0,261 | 12,776*** |
| Étape 2 | 0,179 | 6,222** | | |
| Symptômes dépressifs T1 | | | 0,478 | 2,580** |
| Faible estime de soi T1 | | | -0,023 | -0,126 |
| Étape 3 | 0,163 | 4,114** | | |
| Symptômes dépressifs T1 | | | 0,491 | 2,577** |
| Faible estime de soi T1 | | | -0,049 | -0,364 |
| Perfectionnisme T1 | | | -0,030 | -0,161 |

*** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

CINQUIÈME CHAPITRE

LA DISCUSSION

Le but de cette étude était d'analyser les liens entre le perfectionnisme ou la faible estime de soi et l'évolution de l'anorexie présentée par des adolescentes. Ce but se traduisait en trois objectifs, soit: 1. décrire les niveaux de perfectionnisme et d'estime de soi des personnes présentant une anorexie lors de leur admission dans un programme d'intervention (T1) et un an plus tard (T2); 2. documenter l'évolution du perfectionnisme et de la faible estime de soi entre le T1 et le T2 chez ces mêmes adolescentes; 3. déterminer si les niveaux de perfectionnisme et de faible estime de soi au T1 peuvent prédire l'évolution au T2. Dans ce dernier chapitre, seront d'abord présentés les résultats obtenus en lien avec la littérature, et ce, en mettant l'accent sur les points de convergences et de divergences entre ces résultats et ceux des études antérieures. Par la suite, une analyse des résultats sera effectuée. Ensuite seront abordées les forces et les limites de cette étude. Enfin, les retombées de cette étude en lien avec l'intervention psychoéducatrice seront exposées.

1. ANALYSE DES RÉSULTATS

Les résultats relatifs au premier objectif de recherche indiquent que les participantes ayant une anorexie présentent du perfectionnisme au T1 et au T2. Le niveau de difficulté de perfectionnisme au T1 est typique alors que celui du T2 est faible, et ce, comparativement à une population présentant une anorexie. Ces résultats sont cohérents avec les écrits antérieurs portant sur ce thème. En effet, les résultats de certaines études recensées rapportent que les personnes ayant une anorexie présentent également un certain niveau de perfectionnisme pour le T2 (Bizeul *et al.*, 2001; Nilsson *et al.*, 2008; Nilsson et Hägglöf, 2005). Toutefois, ces études ne rapportent aucun score pour les niveaux de perfectionnisme au T1. Seule l'étude de McCormick *et al.* (2009) démontre la présence de perfectionnisme pour le T1 chez les participantes. Par contre, même si cette étude (McCormick *et al.*, 2009) rapporte des scores de perfectionnisme,

celle-ci ne précise pas leur interprétation ce qui ne permet pas d'apprécier le niveau de perfectionnisme moyen chez les participantes ou de comparer ces résultats avec ceux de la présente étude. Le fait de retrouver un niveau de perfectionnisme chez les personnes présentant une anorexie n'est pas étonnant. Dans les écrits scientifiques, il est reconnu que les personnes présentant une anorexie ont tendance à vouloir adhérer à des normes d'excellences et présentent une préoccupation très forte pour éviter les erreurs et les critiques (Halmi *et al.*, 2000).

En ce qui concerne la faible estime de soi, les résultats de l'étude en cours indiquent que les participantes ont un niveau de difficulté typique concernant la faible estime de soi au T1 et un niveau qualifié de faible au T2, comparativement à une population présentant une anorexie. Ces résultats sont similaires à ceux d'Accurso *et al.* (2014). Les autres études recensées (Collin *et al.*, 2016; Lázaro *et al.*, 2011; McCormick *et al.*, 2009) rapportent des scores de faible estime de soi au T1, et ce, sans préciser leur interprétation ce qui ne permet pas de connaître le niveau moyen de faible estime de soi chez les participantes. Selon la littérature, la faible estime de soi est un concept associé à l'anorexie (Button et Warren, 2002). Effectivement, la personne ayant une anorexie a tendance à se dévaloriser et à avoir un sentiment d'insécurité personnel (Garner, 2004). Donc, les résultats de la présente étude sont conformes à ce qui est attendu.

Par ailleurs, le fait que ce niveau moyen de perfectionnisme et de faible estime de soi soient faibles peut être en lien avec les grands écarts-types présentés. En effet, pour le T2 les écart-types du perfectionnisme et de la faible estime de soi se situe respectivement à 8,10 et 8,43. Cela démontre une forte dispersion des scores entre les participantes de l'échantillon. Donc, il pourrait s'avérer intéressant d'évaluer les participantes selon leur niveau de difficulté en lien avec leur score moyen obtenu pour le perfectionnisme. C'est-à-dire de diviser l'échantillon en trois groupes selon le niveau de difficulté présenté, soit faible, typique et clinique. En divisant les participantes en sous-groupes homogènes en regard du niveau de difficulté, cela pourrait permettre une

meilleure analyse des scores moyens obtenus pour le perfectionnisme. Cette piste serait intéressante à explorer pour les études futures qui comporteraient des échantillons plus importants en termes de taille. Une telle catégorisation dans cette étude n'était pas possible, car le nombre de participantes par catégorie était insuffisant pour mener les analyses.

Le deuxième objectif de cette étude a permis de rendre compte de l'évolution du perfectionnisme entre le T1 et le T2. Les résultats indiquent une différence significative entre les scores présentés aux deux temps de mesure pour le perfectionnisme, ce qui signifie que les participantes présentent moins de perfectionnisme au T2 qu'au T1. Ce résultat est cohérent avec ceux de McCormick *et al.* (2009). Toutefois, ce n'est pas toutes les études qui vont dans ce sens. En effet, dans l'étude de Nilsson et Hägglöf (2005) les résultats indiquent l'absence de changement pour la variable perfectionnisme chez les participantes entre les temps de mesure. Cette divergence peut être reliée au fait que les mesures de suivi ont eu lieu 8 ans ou 16 ans après la mesure initiale et que ce long délai peut certainement influencer les résultats. Par ailleurs, il est essentiel de considérer le rôle joué par les différents types de profils d'adolescentes possibles à l'intérieur des échantillons des études. En effet, il se peut que cela ait un impact sur l'évolution de cette variable dépendamment le niveau de difficulté. Encore une fois, une analyse en sous-groupe selon le niveau de difficulté (faible, typique, clinique) avec des échantillons de tailles plus importantes serait une piste intéressante pour les études futures.

Pour ce qui est de la variable faible estime de soi, les résultats de cette étude démontrent qu'il y a une différence significative entre les scores présentés au T1 et ceux du T2, ce qui signifie que les participantes ont une meilleure estime de soi au T2. Lázáros *et al.* (2011) rapportent des résultats similaires. Par contre, Accurso *et al.* (2014) rapportent l'absence de différence significative entre le premier temps de mesure et un an après celui-ci pour la variable faible estime de soi. Ces résultats divergeant avec l'étude en cours peuvent être reliés au fait que les participantes de

l'étude d'Accurso *et al.* (2014) ont reçu une diversité d'intervention. En fait, certaines d'entre elles ont reçu un traitement de type familial de 24 sessions d'une heure alors que d'autres ont reçu une psychothérapie individuelle de 32 sessions d'une durée de 45 minutes chacune. Donc, en ayant un groupe hétérogène sur le plan de l'intervention, il devient difficile de déterminer ce qui appartient aux interventions. De plus, comme mentionnés précédemment, les différents profils cliniques possibles d'adolescentes présentant une anorexie peuvent avoir un effet sur l'évolution de la variable, et ce, en considérant les différents niveaux de difficulté de chacun des profils.

Le troisième objectif de recherche a permis de faire quelques constats. Tout d'abord, il appert que lorsque les sentiments dépressifs au T1 sont contrôlés, la faible estime de soi au T1 ne permettant pas de prédire l'évolution de l'anorexie au T2. Ces résultats convergent globalement avec ceux recensés. En effet, les études de Collin *et al.* (2016), Lázaros *et al.* (2011) et McCormick *et al.* (2009) n'identifient pas d'associations significatives entre la faible estime de soi du T1 et l'évolution de l'anorexie au T2, alors qu'Accurso *et al.* (2014) ont obtenu aucun résultat significatif en lien avec l'estime de soi au T1 et l'évolution de l'anorexie au T2. Notons que ces comparaisons ne sont pas parfaites considérant le fait qu'Accurso *et al.* (2014) ont seulement considéré l'IMC pour déterminer l'évolution de l'anorexie. De plus, aucune de ces études n'a considéré de variable de contrôle. Le fait que la variable faible estime de soi soit corrélé à la variable évolution, mais qu'elle soit non-significative dans les analyses de régression lorsque les sentiments dépressifs sont contrôlés, laisse croire à un effet d'interaction entre les variables faible estime et sentiments dépressifs. Les études ultérieures pourraient s'attarder à cet effet possible d'interaction.

Ce troisième objectif de recherche permet également de constater que le perfectionnisme du T1 n'est aucunement associé à l'évolution de l'anorexie au T2. Ces résultats ne concordent pas avec les résultats de la littérature. Par exemple, Bizeul *et al.* (2001) rapportent qu'un score élevé de perfectionnisme au T1 est significativement associé à une évolution plus défavorable de l'anorexie. Il importe de relever que les

résultats de cette étude sont à interpréter avec prudence considérant que les auteurs ont effectué des tests paramétriques, alors que l'échantillon est de petite taille, soit de 26 participantes, et ce, sans référence à l'analyse de la normalité des données. Il est donc impossible de déterminer si ces analyses sont valides. De plus, cette divergence peut également avoir un lien avec le fait que dans l'étude actuelle les scores moyens de perfectionnisme sont de niveau faible. En prenant les scores de façon individuelle des participantes à l'étude, seulement cinq adolescents ont un niveau de difficulté important concernant le perfectionnisme. Donc, n'ayant pas le même niveau de difficulté des participantes, pour le perfectionnisme, il se peut que cela ait eu une influence sur les résultats obtenus des études. Les résultats de l'étude de Pla et Toro (1999) rapportent aussi une divergence en lien avec les résultats de l'étude en cours. C'est-à-dire que pour ces auteurs, la présence de perfectionnisme au T1 chez les participantes est associée significativement à une évolution défavorable de l'anorexie. Cependant dans l'étude de Pla et Toro (1999), il n'est pas mentionné le niveau de difficulté de perfectionnisme présenté par les participantes. Il est donc impossible de déterminer si le fait de présenter davantage de difficulté pour cette variable influence l'évolution.

2. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Il est nécessaire de considérer certaines limites de cette étude. Tout d'abord, le fait d'avoir utilisé le même instrument de mesure pour les variables indépendantes et dépendantes peut paraître à première vue comme une limite. Or, aucune multicollinéarité entre les variables n'a été identifiée, ce qui vient contrecarrer cette limite potentielle. Par la suite, le fait que certaines participantes de l'échantillon aient reçu des services spécialisés est une autre limite de l'étude. En effet, les résultats de cette étude sont généralisables seulement aux personnes présentant une anorexie qui reçoivent des services spécialisés. Or, cette limite est applicable à la vaste majorité des études dans le domaine des TCA. En outre, même si toutes les patientes ont reçu une intervention comparable, il n'est pas entièrement possible d'exclure entièrement les

effets de l'intervention dans le cadre du devis utilisé. En outre, il aurait été intéressant de considérer les symptômes anxieux comme variable de contrôle. Ensuite, une autre limite de cette étude est la taille de l'échantillon ($n = 52$), qui bien qu'appreciable en TCA, limite les analyses statistiques effectuées. En effet, la taille de l'échantillon ne permet pas de diviser les groupes selon le niveau de difficulté présenté pour le perfectionnisme et l'estime de soi ou encore de catégoriser les participantes selon le type d'évolution (favorable, intermédiaire, défavorable). Ces pistes seraient toutefois prometteuses pour les études futures.

Plusieurs forces doivent être considérées dans cette étude. En premier lieu, il s'agit d'une étude longitudinale, ce qui permet d'observer l'évolution des participantes présentant une anorexie. En effet, cette étude longitudinale permet d'observer les changements et la stabilité des variables à l'étude chez les participantes. Ce type d'étude en lien avec les variables du perfectionnisme, de l'estime de soi ainsi que l'évolution dans le temps d'adolescentes présentant une anorexie est très rare dans le domaine des TCA. À ce sujet, cette étude permet donc une avancée intéressante des connaissances. En deuxième lieu, le fait que l'échantillon comporte que des adolescentes présentant une anorexie est une autre force. En effet, les études recensées portent davantage sur des échantillons de femmes adultes présentant une anorexie. En troisième lieu, il est essentiel de mentionner l'évaluation rigoureuse des participantes pour le T1 et le T2. Les participantes ont toutes été évaluées de façon systématique avec l'*Eating Disorder Inventory-3* de Garner (2004) au T1 et au T2.

3. RECOMMANDATIONS

Les résultats de la présente étude appuient l'importance d'intervenir sur la faible estime de soi des adolescentes ayant une anorexie, mais surtout sur leurs sentiments dépressifs, puisque cette variable est associée à l'évolution de cette problématique. Notons que la plupart des études antérieures se basent sur une

population étant adolescence ou adulte au T1, mais adulte au T2. Considérant que l'échantillon de cette étude est composé que d'adolescentes, et ce, même au T2, les résultats peuvent amener un nouveau regard sur les interventions à prioriser auprès d'une clientèle adolescente. Cet aspect est à considérer, étant donné que les adolescentes et les jeunes femmes n'ont pas les mêmes besoins et capacités adaptatives.

Bien que très intéressants, ces résultats entraînent tout de même des questionnements quant aux autres variables jouant un rôle dans l'évolution de l'anorexie chez les adolescentes. À ce sujet, il s'avère très pertinent que les études ultérieures s'attardent à l'effet d'interaction potentiel entre la faible estime de soi et les sentiments dépressifs. De même, il serait pertinent que les études futures s'intéressent aux autres variables pouvant avoir un effet sur l'évolution de l'anorexie. En effet, l'anorexie est une problématique multifactorielle qui est liée à diverses variables psychologiques, sociales, individuelles et familiales (Thibault *et al.*, en préparation). En effectuant d'autres analyses pour vérifier quelles autres variables pourraient être corrélées avec l'évolution, cela permettrait de mieux cibler les pistes d'intervention. Les résultats de la présente étude amènent à comprendre qu'il est important d'axer les interventions, pour les adolescentes ayant une anorexie, sur plusieurs variables et donc d'offrir une intervention multidimensionnelle. Ces résultats sont cohérents avec les nombreux auteurs qui affirment que l'anorexie est un trouble multifactoriel (APA, 2013). De plus, Zanna *et al.* (2017) rapportent dans son étude que des interventions psychothérapeutiques ciblées pour chaque individu doivent être pensées afin de répondre aux autres aspects psychologiques de l'anorexie. Cela démontre l'importance d'adapter les interventions en fonction de la personne qui est traitée, puisqu'elle a des forces et des limites que chaque intervenant doit considérer dans son intervention. En lien avec les résultats de la présente étude, cette intervention devrait viser l'amélioration de l'estime de soi, ce qui est le cas de plusieurs programmes d'intervention dans le domaine (donne deux ou trois références de programmes). De plus, ces résultats sont cohérents avec les lignes directrices de traitement qui indiquent que la reprise pondérale devrait figurer parmi les premiers objectifs de traitement, car

elle permet notamment de diminuer les sentiments dépressifs qui sont souvent concomitants à l'anorexie (Thibault *et al.*, 2017).

En outre, considérant les résultats de la présente étude, une piste à envisager pour les études futures est la catégorisation de l'échantillon en fonction des différents profils présentés par les adolescentes présentant une anorexie. Un tel regroupement selon les niveaux de difficulté pour les différentes variables assurerait l'homogénéité de l'échantillon à l'étude. D'ailleurs, certains chercheurs mentionnent qu'un niveau élevé de perfectionnisme est lié à une faible efficacité des interventions (Bardone-Cone *et al.*, 2007) et que près de 60 % des personnes présentant une anorexie et une faible estime de soi abandonnent l'intervention avant la fin, alors que 86 % des personnes présentant une anorexie ayant une estime de soi élevée complètent l'intervention (Halmi *et al.*, 2005). Ces constats permettent de penser qu'une catégorisation par profil pourrait permettre des analyses plus précises en lien avec l'évolution de l'anorexie au T2 et ainsi contribuer à mettre en place des interventions plus adaptées aux différents profils d'adolescente ayant une anorexie. Cette piste est cohérente avec le fait que certains chercheurs dans le domaine de l'anorexie rapportent qu'une approche trop globale de l'anorexie, qui ne prend pas en considération l'hétérogénéité des différents profils cliniques de cette clientèle, a pour effet de nuire au développement d'interventions davantage adaptées aux adolescents (Meilleur, 2012).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Accurso, E.C., Ciao, A. C., Fitzsimmons-Craft, E.E., Lock, J.D. et Le Grange, D. (2014). Is weight gain really a catalyst for broader recovery? : The impact of weight gain on psychological symptoms in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 56, 1-6.
- Alvin, P. et Archambeaud, M. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Paris: Doin.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* (3^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R* (3^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (2003). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Paris: Masson (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (2009). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5^e éd.). Washington, DC: APA (1^{re} éd. 1952).
- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J. et Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724–31.
- Attia, E. (2010). Anorexia nervosa: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 61, 425-435.
- Bardone-Cone, A.M., Harney, M.B., Maldonado, C.R., Lawson, M.A., Robinson, D.P., Smith, R. et Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: conceptualization, validation and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 194- 202.
- Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R. O., Bulik, C.M., Mitchell, J.E., Uppala, S. et Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384-405.

- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2^e éd.). San Antonio: The psychological corporation.
- Bizeul, C., Sadowsky, N. et Rigaud, D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5–10 years. *European psychiatry*, 16(4), 232-238.
- Black, D.W. et Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5^e éd.). Arlington : American psychiatric publishing (1^{re} éd. 1990).
- Brytek-Matera, A. (2007). Anorexia nervosa among French adolescent females in relation to self-esteem, coping strategies, anger expression and anger control. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 9(4), 53-57.
- Bulik, C.M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 201-218.
- Bulik, C.M. Reba, L. Siega-Riz, A-M. et Reichbom-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology and cycle of risk. *International journal of eating disorders*, 37, 52-59.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. et Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI- 2): manual for administration, scoring and interpretation* (2^e éd.). Minneapolis: University of Minnesota press.
- Burns, D.D. (1980) The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 14(6), 34-52.
- Button, E. (1993). *Eating disorders: personal construct therapy and change*. Oxford, England : John Wiley and sons.
- Button, E.J. et Warren, R.L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European eating disorders review*, 10(6), 399-412.
- Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P. et Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International journal of eating disorders*, 9(5), 479-485.
- Casaer, M.P., Mesotten, D., Hermans, G., Wouters, P.J., Schetz, M., Meyfroidt, G. et al. (2011). Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *The New England journal of medicine*, 365, 506-517.
- Casper, R.C. et Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International journal of eating disorders*, 30(3), 338-342.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. et Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 975- 990.
- Collin, P., Karatzias, T., Power, K., Howard, R., Grierson, D. et Yellowlees, A. (2016). Multi-dimensional self-esteem and magnitude of change in the treatment of anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 237, 175-181.
- Connan, F., Campbell, I.C., Katzman, M., Lightman, S.L. et Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology and behavior*, 79(1), 13-24.
- Cooper, Z. et Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 6(1), 1-8.
- Couturier, J. et Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International journal of eating disorders*, 39(7), 550-555.
- Cunha, A.I., Relvas, A.P. et Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International journal of clinical and health psychology*, 9(2), 229-240.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. et Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The british journal of psychiatry*, 186, 132-135.
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, F., Utzinger, L. et Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European eating disorders review*, 18, 260-270.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. et Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological assessment*, 10(2), 83-89.
- Deter, H. et Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim study. *Psychosomatic medicine*, 56(1), 20-27.
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B. et Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating and weight disorders*, 9(1), 1-6.
- Errichiello, L., Iodice, D., Bruzzese, D., Gherghi, M. et Senatore, I. (2016). Prognostic factors and outcome in anorexia nervosa: a follow-up study. *Eating and weight disorders*, 21(1), 73-82.
- Espina, A., Alda, I.O. et Ortgo, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European eating disorders review*, 11, 349-362.
- Fairburn, C.G. et Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C. G. Fairburn, G. T. Wilson, C. G. Fairburn et G. T. Wilson (dir.), *Binge eating:*

- Nature, assessment, and treatment* (12^e éd.) (p. 317-360). New York, US : Guilford press.
- Fairburn, C.G. et Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The lancet*, 361(9355), 407- 416.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. et Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a « transdiagnostic » theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C.G. et Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry*, 198, 8-10.
- Faje, A.T., Fazeli, P.K., Miller, K.K., Katzman, D.K., Ebrahimi, S., Lee, H., Klibanski, A. et al. (2014). Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 47(5), 458-466.
- Fisher, M. (2003). The course and outcomes of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent medicine*, 14, 148-158.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631- 1635.
- Garner, D.M. (1994). Eating Disorders Inventory 2: EDI-2. *American academy of child and adolescent psychiatry*, 33, 729-739.
- Garner, D.M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Professional manual. USA, Floride: Psychological assessment ressources inc.
- Garner D.M. et Garfinkel P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9, 272-279.
- Garner D.M. et Garfinkel P.E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford press.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. et Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2(2), 15-34
- Gouvernement du Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa: Catalogue canadien des données sur les publications.
- Gouvernement du Québec (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011: Tome 2 - Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Montréal: Institut de la statistique du Québec.

- Gumz, A., Kästner, D., Raczka, K.A., Weigel, A., Osen, B., Rose, M. et Löwe, B. (2015). Aggregating factors of the change process in the treatment of anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 19, 81-85.
- Halmi, K.A., Agras, W.S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G.T., Bryson, S.W. et Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Archives of general psychiatry*, 62(7), 776-781.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Kaye, W.H. *et al.* (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness and pathological eating behavior. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1799-1805.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a journal of human behavior*, 15(1), 27-33.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177-196.
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J. et Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: from a « psychosomatic family model » to a neuropsychiatric disorder ?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(2), 177-181.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International review of psychiatry*, 5, 61-74.
- Hoek, H.W. et van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hollender, M.H. (1978). Perfectionism: a neglected personality trait. *Journal of clinical psychiatry*, 39, 384-394.
- Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S. *et al.* (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 63, 62-70.
- Izydorczyk, B. (2014). The results of research aimed at identifying psychological predictors of impulsive and restrictive behaviours in a population of females suffering from anorexia or bulimia nervosa: The author's own research report. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 16(2), 29-42.
- Izydorczyk, B. (2015). A psychological typology of females diagnosed with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge eating disorder. *Health psychology report*, 3(4), 312-325.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer, H.C. et Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology

- and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19- 65.
- Jacobs, M.J., Roesch, S., Wonderlich, S.A., Crosby, R., Thornton, L., Wilfley, D.E. *et al.* (2008). Anorexia nervosa trios: behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychological medicine*, 39, 451-461.
- Jarman, M. et Walsh, S. (1999). Evaluating recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa: integrating lessons learned from research and clinical practice. *Clinical psychology review*, 19, 773-788.
- Jeammet, P., Jayle, D., Terrasse-Brechon, G. et Gorge, A. (1984). Outcome of anorexia nervosa. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32(2-3), 97-113.
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A. et Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical psychology and psychotherapy*, 17(6), 519-527.
- Kaye, W.H., Frank, G.,K., Bailer, U.F. et Henry, S.E. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International journal of eating disorders*, 37, 15-19.
- Kerem, N.C. et Katzman, D.K. (2003). Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa. *Adolescent medicine*, 14(1), 109-118.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H.W., Susser, E.S., Linna, M.S., Sihvola, E., Raevuori, A. *et al.* (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry*, 164, 1259-1265.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. et Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minnesota: The University of Minnesota press.
- Klein, K.A. et Walsh, B.T. (2003). Eating disorders. *International review of psychiatry*, 15, 205-216.
- Landt, M., Furth, E., Meulenbelt, I., Slagboom, P., Bartels, M., Boomsma, D. et Bulik, C. (2005). Eating disorders: from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin research and human genetics*, 8(5), 467-482.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E. et Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminant factors in eating disorders. *Contemporary family therapy*, 24(4), 581-599.
- Launer, M. (1998). *Self-esteem in eating disorders questionnaire*. Document inédit.
- Lawson, E.A. et Klibanski, A. (2008). Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Nature clinical practice endocrinology and metabolism*, 4(7), 407-414.
- Lázaro, L., Font, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpina, S. *et al.* (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent

- eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European eating disorders review*, 19(5), 398-406.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Engel, S. G., Cao L., Ndungu, A., Crow, S. J. *et al.* (2013). DSM-IV-defined anorexia nervosa versus subthreshold anorexia nervosa (EDNOS-AN). *European eating disorders review*, 2, 1–7.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D.L. et Herzog. W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-years follow-up study. *Psychological medicine*, 31, 881-890.
- Lucas, A.R. (1981). Anorexia nervosa: historical background and biopsychosocial determinants. *Seminars in adolescent medicine*, 1, 1-9.
- Machado, P.P.P., Gonçalves, S. et Hoek, H.W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *International journal of eating disorders*, 46, 60–5.
- Machado, B.C., Gonçalves, S.F., Martins, C., Hoek, H.W. et Machado, P.P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: a portuguese case-control study. *European eating disorders review*, 22(4), 243-251.
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A. et Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*, 75(3), 215-220.
- Meilleur, D. (2012). Particularités cliniques et classification des troubles de la conduite alimentaire chez les enfants âgés entre huit et 13 ans: où en sommes-nous? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 419-428.
- McCormick, L.M., Keel, P.K., Brumm, M. C., Watson, D. B., Forman-Hoffman, V. L. et Bowers, W. A. (2009). A pilot study of personality pathology in patients with anorexia nervosa: modifiable factors related to outcome after hospitalization. *Eating and weight disorders*, 14(2-3), 113-120.
- Miller, C.A. et Golden, N.H. (2010). An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology and prognosis. *Nutrition in clinical practice: official publication of the american society for parenteral and enteral nutrition*, 25(2), 110-115.
- Mitka, M. (2010). DSM panel considers ways to clarify diagnostic criteria for eating disorders. *Journal of the American medical association*, 303(22), 2235-2237.
- Moreno, J.K., Selby, M.J., Aved, K. et Besse, C. (2000). Differences in family dynamics among anorexic, bulimic, obese and normal woman. *Journal of psychotherapy in independent practice*, 1, 75-87.
- Morgan, H.G. et Hayward, A.E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell outcome assessment schedule. *The British journal of psychiatry*, 152, 367–371.

- Morgan, H.G. et Russell, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological medicine*, 5, 355-371.
- Morris, L. et Lomax, C. (2014). Assessment, development, and treatment of childhood perfectionism: a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 19(4), 225-234.
- Neinstein, L.S. (2002). *Adolescent health care: a practical guide*, (4^e éd.). Philadelphie: Lippincott Williams and Wilkins.
- Neinstein, L.S. (2009). *Handbook of adolescent health care: a practical guide*. Philadelphie: Lippincott Williams and Wilkins.
- Nicholls, D.E. et Viner, R.M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 in a national birth cohort. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 48(8), 791-799.
- Nilsson, K. et Hägglöf, B. (2005). Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in Northern Sweden. *European eating disorders review*, 13(2), 89- 100.
- Nilsson, K., Sundbom, E. et Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European eating disorders review*, 16(5), 386-394.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: CIM-10*. Paris: Masson.
- Osman, A., Downs, W.R., Barrios, F.X., Kopper, B.A., Gutierrez, P.M. et Chiros, C.E. (1997). Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 19, 359-376.
- O'Brien, E.J. et Epstein, S. (1988). *The multidimensional self-esteem inventory: MSEI*. Odessa, FL: Psychological assessment Resources.
- O'Shaughnessy, R. (2009). Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(4), 559-574.
- Pauzé, R. (2006). *Facteurs de risque associés à l'anorexie mentale*. Document inédit. Université de Sherbrooke.
- Pauzé, R. et Charbouillot-Mangin, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Petrie, T.A., Greenleaf, C., Reel, J. et Carter, J. (2009). Personality and psychological factors as predictors of disordered eating among female collegiate athletes. *Eating disorders: the journal of treatment and prevention*, 17(4), 302-321.

- Piers, E.V. et Harris, D. B. (1969). *The Pier-Harris children's self-concept scale*. Nashville, Tennessee: Counselor recording and tests.
- Pinheiro, A.P., Root, T. et Bulik, C.M. (2009). The genetics of anorexia nervosa: current findings and future perspectives. *International journal of child and adolescents health*, 22(2), 153-164.
- Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission and recovery. *Clinical psychology review*, 18(4), 447-475.
- Pla, C. et Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 441-446.
- Powers, P.S. et Santana, C.A. (2002). Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child and adolescent psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 219-235.
- Reel, J.J. (2013). *Eating disorders: an encyclopedia of causes, treatment and prevention*. Santa Barbara, California: Greenwood.
- Roedell, W. C. (1984). Vulnerabilities of highly gifted children. *Roeper review: a journal on gifted education*, 6(3), 127-130.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, NY: Basic books.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton university press.
- Rostowska, T., Rosrowski, J. et Lewandowska-Walter, A. (2009). Neuropsychological and family factors conditioning anorexia nervosa. *Acta neuropsychologica*, 7(4), 264-282.
- Sauro, C.L., Castellini, G., Lelli, L., Faravelli, C. et Ricca, V. (2013). Psychopathological and clinical features of remitted anorexia nervosa patients: a six-year follow-up study. *European eating disorders review*, 21(1), 78-83.
- Savage, L. (2008). *Eating disorders*. Detroit: Gale cengage learning.
- Schlegl, S., Quadflieg, N., Löwe, B., Cuntz, U. et Voderholzer, U. (2014). Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: effectiveness and clinical significance of changes. *BMC psychiatry*, 14.
- Shafran, R., Cooper, Z. et Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773- 791.
- Silber, T.J. (2005). Anorexia nervosa among children and adolescents. *Advances in pediatrics*, 52, 49-76.

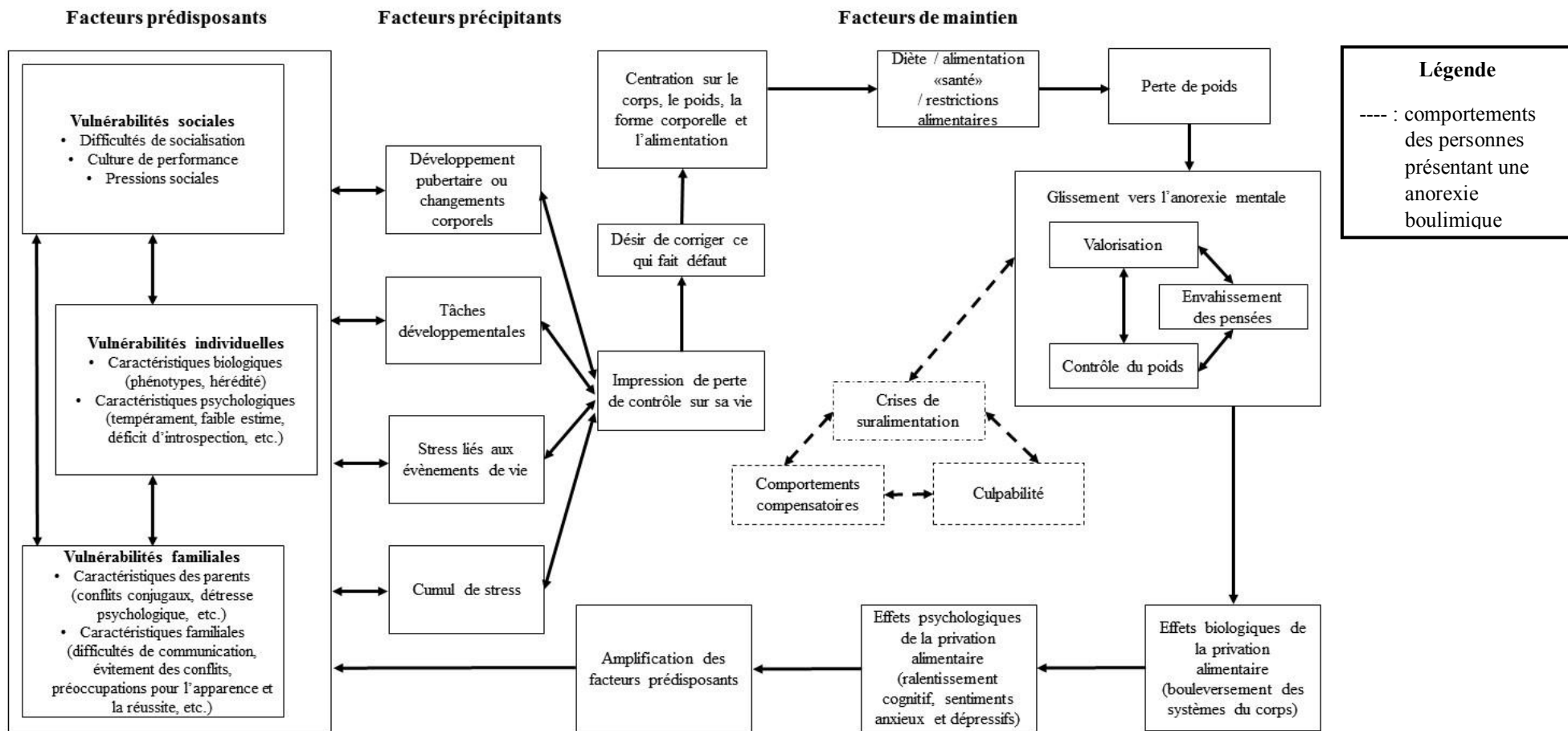
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. I., Vande Voort, J.L., Schak, K.M. et Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 42, 531-539.
- Silva, F. et Martorell, M.G. (1989). *Bateria de Sociolización BAS-3*. Madrid: TEA ediciones.
- Smink, F.E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A.J. et Hoek, H.W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The international journal of eating disorders*, 47(6), 610-619.
- Statistique Canada (2017). *Profil du recensement, recensement de 2016*. Ottawa: Statistique Canada. Document téléaccessible à l'adresse <<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dppd/prof/index.cfm?Lang=F>>.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T.G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European child and adolescent psychiatry*, 12(11), 38-46.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Stern, S.L., Dixon, K.N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. et Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 8(1), 25-31.
- Steward, T., Mestre-Bach, G., Agüera, Z., Granero, R., Martín-Romera, V., Sánchez, I. et al. (2016). Enduring changes in decision making in patients with full remission from anorexia nervosa. *European eating disorders review*. 24(6), 523–527.
- Stoeber, J. et Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, 10(4), 295-319.
- Strober, M., Freeman, R. et Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International journal of eating disorders*, 22(4), 339-360.
- Strober, M. et Peris, T. (2011). The role of family environment in etiology: a neuroscience perspective. In D. Le Grange et J. Lock (dir.), *Eating Disorders in Children and Adolescents: a clinical handbook* (p.63-89). New York: The Guilford press.

- Swenne, I. et Engstro, I. (2005). Medical assessment of adolescent girls with eating disorders: an evaluation of symptoms and signs of starvation. *Acta pædiatrica*, 94, 1363–1371.
- Sysko, R., Roberto, C.A., Barnes, R.D., Grilo, C.M., Attia, E. et Walsh, B.T. (2012). Test–retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry research*, 196, 302–8.
- Thibault, I., Pauzé, R., Cloutier, S. et Ouellet, A. (en préparation). *Modèle biopsychosocial intégratif de l'anorexie mentale*.
- Thibault, I., Pauzé, R., Lavoie, É., Mercier, M., Pesant, C., Monthuy-Blanc, J. et Gagnon-Girouard, M.-P. (2017). Recension des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Santé mentale au Québec*, XLII(1), 379-390.
- Treasure, J. (2007). Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: the search for viable endophenotypes and genotypes. *La revue canadienne de psychiatrie*, 52(4), 212-219.
- Tyrka, A.R., Waldron, I., Graber, J. A. et Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International journal of eating disorders*, 32(3), 282-290.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European eating disorders review*, 19, 19-28.
- Waller, G., Shaw, T., Meyer, C., Haslam, M., Lawson, R. et Serpell, L. (2012). Persistence, perseverance and perfectionism in the eating disorders. *Behavioral cognitive psychotherapy*, 40, 462–473.
- Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Van Furth, E.F., Donker, G.A. et Hoek, H.F. (2010). Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International journal of eating disorders*, 43, 130-138.
- Westwood, L.M. et Kendal, S.E. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(6), 500-508.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fitcher, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H. et al. (2002). Personality, perfectionism and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *The international journal of eating disorders*, 31(3), 290-299.
- Zabala, M.J., Macdonald, P. et Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *European eating disorders review*, 17(5), 338- 349.

- Zanna, V., Chiara Castiglioni, M., Criscuolo, M., Chianello, I., Elisei, M., Cinelli, G. *et al.*, (2017). Day-hospital multifocal integrated treatment for anorexia nervosa in adolescents: a one-year follow-up. *Journal of child and family studies*, 26(5), 1460-1471.
- Zink, C.F. et Weinberger, D.R. (2010). Bedside to bench: the rewards of self starvation. *Nature medicine*, 16(12), 1382-1383.

ANNEXE A

MODÈLE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE



Thibault, Pauzé, Cloutier, et Ouellet, en préparation.

ANNEXE B
TABLEAUX DE RECENSION

| Auteurs et années | Devis | Échantillon | | | | | Écart entre les temps de mesures | Variables évaluées | | | |
|-------------------------------|-------|-------------|---------|---------|-----------------------|---------------------|---|--------------------|---|--|--------------------------|
| | | N | | | Diagnostic d'anorexie | Âge moyen | | Perfectionnisme | Estime de soi | Indice de masse corporelle | Évolution de l'anorexie |
| | | Temps 1 | Temps 2 | Temps 3 | | | | | | | |
| Études sur l'estime de soi | | | | | | | | | | | |
| Acurso et al., 2014 | LP | 121 | 121 | - | EDE | 14,4 (é.t. 1,6) | T1 à T2: 1 an T2 à T3: 6 mois T3 à T4: 12 mois | - | RSE par évaluateur externe | Utilisation: kg/m ² par évaluateur externe | Favorable ou défavorable |
| Collin et al., 2016 | LP | 80 | 60 | - | DSM-IV et EDE | 25,63 (é.t. 7,04) | T1 à T2: 140 jours (é.t. 64,2) | - | IMES par assistant de recherche | Utilisation: kg/m ² par assistant de recherche | Favorable ou défavorable |
| Lázaro et al., 2011 | LP | 160 | 160 | - | DSM-IV et EAT | 15,3 ans (é.t. 1,2) | T1 à T2: 3 mois | - | PHC-SCS, SEED et BAS-3 par psychologue clinique | Utilisation: kg/m ² par psychologue clinique et infirmier | - |
| Études sur le perfectionnisme | | | | | | | | | | | |
| Bizeul et al., 2001 | LP | 26 | 26 | 26 | CIM-10 | 18,1 (é.t. ND) | T1 à T2: 6 mois T2 à T3: 5 ans (\bar{x} = 8,5 ans; é.t. ND) | EDI par GRAM | - | Utilisation: kg/m ² par GRAM | Favorable ou défavorable |

BAS: Socialization Battery (Silva et Martorell, 1989); CIM: Classification internationale des maladies (OMS, 1994); DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994); EAT: Eating Attitudes Test (Garner et Garfinkel, 1979); EDE: Eating Disorder Examination (Cooper et Fairburn, 1987; Fairburn et Cooper, 1993); GRAM: Groupe de recherche sur l'anorexie mentale; IMES: Inventaire multidimensionnel de l'estime de soi (O'Brien et Epstein, 1988); LP: Longitudinal prospective; LR: Longitudinal rétrospective; PHC-SCS: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Piers et Harris, 1969); RSE: Rosenberg Self Esteem Scale (Rosenberg, 1965 et 1979); SEED: Self-Esteem in Eating Disorders Questionnaire (Launer, 1998).

| Auteurs et années | Devis | Échantillon | | | | | Écart entre les temps de mesures | Variables évaluées | | | |
|--|-------|-------------|---------|---------|---------------------------|---------------------|--|--|------------------------------|---|--|
| | | N | | | Diagnostic d'anorexie | Âge moyen | | Perfectionnisme | Estime de soi | Indice de masse corporelle | Évolution de l'anorexie |
| | | Temps 1 | Temps 2 | Temps 3 | | | | | | | |
| Études sur le perfectionnisme (suite) | | | | | | | | | | | |
| Nilson <i>et al.</i>, 2008 | LR | 91 | 76 | 72 | DSM-III-R | 15 ans (é.t. ND) | T1 à T2: 8 ans T2 à T3: 16 ans | EDI par chercheur expérimenté | - | - | Remis depuis plusieurs années, quelques années, peu de temps ou chronicisation |
| Nilson <i>et Hägglöf</i>, 2005 | LR | 91 | 68 | 68 | DSM-III-R | 15 ans (é.t. ND) | T1 à T2: 8 ans T2 à T3: 16 ans | EDI et EDI-2 par chercheur expérimenté | - | - | - |
| Pla <i>et Toro</i>, 1999 | LP | 53 | 48 | - | DSM-III, DSM-III-R et EAT | 14,6 ans (é.t. 1,6) | T1 à T2: 8,1 ans | EDI par membre équipe recherche | - | - | Favorable ou défavorable |
| Études sur l'estime de soi et le perfectionnisme | | | | | | | | | | | |
| McCor-mick <i>et al.</i>, 2009 | LR | 20 | 20 | 20 | DSM-IV | 27,6 ans (é.t. 9,4) | T1 à T2 : \bar{x} = 68,7 jour (é.t. 26,4) T2 à T3: 1 an | EDI-2 par personnel médical | MMPI-2 par personnel médical | Utilisation : kg/m ² par personnel médical | Rémission ou rechute |

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1980, 1987 et 1994); EAT: Eating Attitudes Test (Garner et Garfienkel, 1979); EDI: Eating Disorders Inventory (Garner *et al.*, 1983, 1994); LP: Longitudinal prospective; LR: Longitudinal retrospective; MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Butcher *et al.*, 2001).