

Université de Montréal

**Recension systématique et critique des études portant sur
l'utilisation de la variable motivationnelle dans les
interventions auprès d'adolescent(e)s atteint(e)s
d'anorexie mentale**

par

Petya Georgieva

Département de Psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Doctorat
en Psychologie clinique (D.Psy.)

Août 2012

© Petya Georgieva, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cet essai doctoral intitulé:

Recension systématique et critique des études portant sur l'utilisation de la variable motivationnelle dans les interventions auprès d'adolescent(e)s atteint(e)s d'anorexie mentale

Présenté par :
Petya Georgieva

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Cyr, président-rapporteur
Dominique Meilleur, directeur de recherche
Isabelle Daigneault, membre du jury

Résumé

i

Les adolescentes atteintes d'anorexie sont souvent décrites comme des jeunes avec une faible motivation à changer leur comportement et à s'engager aux interventions proposées. Afin de remédier à cette situation, l'entretien motivationnel (EM) a été identifié comme méthode qui pourrait favoriser l'émergence de la motivation au changement et l'engagement au traitement. Il a été observé par ailleurs qu'une confusion existait dans la littérature entre l'EM et les étapes de préparation au changement du modèle transthéorique du changement. Il a été décidé alors de considérer ces deux concepts en tant que variable motivationnelle. L'objectif de la présente recension des écrits est d'explorer l'utilisation de la variable motivationnelle dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie. Les études incluses dans la recension ont été répertoriées dans les bases de données Ovid Medline et PsycINFO. L'ensemble des articles sélectionnés a été analysé selon plusieurs catégories. Il a été conclu que la motivation au changement élevée était en lien avec la faible détresse psychologique, l'amélioration de la motivation et de l'engagement au traitement auprès de personnes avec des TCA incluant des adolescentes atteintes d'anorexie. Des recommandations ont été formulées pour la recherche future.

Mots-clés : motivation au changement, entretien motivationnel, étape de préparation au changement, adolescent, anorexie, trouble alimentaire

Abstract

ii

Adolescents with anorexia are often described as young people with low motivation to change their behavior and to engage in the proposed interventions. To remedy this situation, motivational interviewing (MI) has been identified as a method that could improve the motivation to change and commitment to treatment. Furthermore, it has been observed that confusion exist in the literature between the MI and the stages of change of the transtheoretical model of change. It has been decided to consider these two concepts as a motivational variable. The aim of this literature review is to explore the use of the motivational variable in the care of adolescents with anorexia. The studies included in the review have been identified in databases Ovid Medline and PsycINFO. All articles have been analyzed according to several categories. It has been concluded that the high motivation to change was related to low psychological distress and to the improvement of motivation and commitment to treatment for individuals with eating disorders including adolescents with anorexia. Recommendations are made for future research.

Keywords: motivation for change, motivational interviewing, stages of change, adolescent, anorexia, eating disorder

Table des matières

iii

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des abréviations.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Prévalence et caractéristiques de l’anorexie mentale.....	2
Interventions auprès d’adolescentes atteintes d’anorexie.....	3
La variable motivationnelle.....	4
La variable motivationnelle dans la prise en charge des personnes atteintes d’un trouble alimentaire.....	7
Objectifs de la recension des écrits.....	9
Méthodologie.....	10
Stratégies de recherche et de sélection des articles.....	10
Procédure d’analyse des articles sélectionnés.....	11
Résultats.....	13
Description des participants.....	13
Objectif 1 : Objectifs et résultats des études portant sur la variable motivationnelle auprès de personnes avec un TCA incluant des adolescentes atteintes d’anorexie.....	14
Thème 1 : Validation d’instruments pour évaluer le niveau de préparation au changement.....	15
Thème 2 : Capacité prédictive de la variable motivationnelle.....	16
Thème 3 : Corrélations entre la variable motivationnelle et d’autres variables.....	19
Thème 4: Efficacité de l’application de l’EM.....	20
Objectif 2 : Application de l’EM auprès d’adolescentes atteintes d’anorexie.....	21

Caractéristiques de l'application de l'EM.....	22	iv
Caractéristiques de la population clinique.....	22	
Discussion.....	23	
Discussion du premier objectif de la recension des écrits	24	
Conclusions s'appliquant à l'échantillon total de la recension des écrits.....	24	
Conclusions s'appliquant spécifiquement aux adolescentes atteintes d'anorexie.....	27	
Discussion du deuxième objectif de la recension des écrits.....	30	
Discussion des conclusions générales de la recension des écrits.....	31	
Limites de la recension des écrits.....	33	
Conclusion.....	34	

Liste des tableaux

v

Tableau 1 Distribution des articles par thème (objectif) et selon les variables étudiées (Appendice A)

Tableau 2 Pourcentage d'adolescentes atteintes d'anorexie dans les dix études sur l'application de l'EM (Appendice B)

Liste des abréviations

vi

ACTA	Attitudes towards change questionnaire
ANSOCQ	Anorexia nervosa stages of change questionnaire
BDI	Beck depression inventory
CDI	Child depression inventory
EAT-26	Eating attitude test-26
EDE	Eating disorders examination
EDI-2	Eating disorders inventory-2
EDSOCQ	Eating disorders stages of change questionnaire
EM	Entretien motivationnel
IMC	Indice de masse corporelle
MSCARED	Motivational Stages of change for adolescent recovering from eating disorder
RMI	Readiness and motivation interview
SoC	Stages of change
TCA	Trouble des conduites alimentaires
TT	Traitement traditionnel

Remerciements

vii

J'aimerais remercier ma directrice de recherche, Mme Dominique Meilleur, pour ses conseils précieux tout au long du processus de rédaction de cet essai. Elle a toujours su comment m'encourager et m'aider dans les moments difficiles, comment souligner mes réussites et comment relever et aborder avec respect les aspects à améliorer. Je vous remercie de m'avoir toujours soutenu et d'avoir toujours eu confiance en moi. Je vous remercie aussi de m'avoir permis, à travers la collaboration avec vous, de profiter et de m'inspirer de votre expérience, vos compétences et votre savoir.

Introduction

Les adolescentes atteintes d'anorexie sont souvent décrites comme des jeunes filles qui refusent de reconnaître leur problème alimentaire, sont plutôt ambivalentes face au changement de leurs comportements alimentaire inadéquats, et manifestent une faible motivation à s'engager dans le traitement qui leur est proposé (Chabrol, 2004; McHugh, 2007; Treasure et Schmidt, 2008; Wade, Frayne, Edwards, Robertson & Gilchrist, 2009). Certains auteurs suggèrent toutefois que l'engagement au traitement pourrait constituer une variable qui contribue à l'efficacité des interventions auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie (Cook-Darzens, 2002). Selon Miller et Rollnick (2006), l'amélioration de la motivation au changement, suite à l'administration de l'entretien motivationnel (EM), favorise l'engagement au traitement. Il apparaît pertinent de s'intéresser à l'utilisation de l'EM comme méthode favorisant le développement de la motivation au changement et l'engagement au traitement de cette clientèle. Par ailleurs, une confusion est observée dans la littérature entre l'EM et les étapes de préparation au changement du modèle transthéorique du changement. L'EM et les étapes sont tantôt décrites comme deux notions distinctes, tantôt comme deux notions similaires. Les résultats d'études effectuées auprès d'adultes atteintes de trouble du comportement alimentaire (TCA), tel que l'anorexie, la boulimie et le trouble alimentaire non-spécifié, suggèrent que l'introduction de la variable motivationnelle dans leur prise en charge influence positivement leur engagement au traitement et l'évolution de leur symptomatologie. Certains auteurs insistent toutefois que des facteurs spécifiques à l'anorexie à l'adolescence doivent être pris en compte, tels que par exemple la faible autonomie décisionnelle et l'intervention sous contrainte (Treasure, Lopez, & Macdonald, 2011; Treasure et Schmidt, 2008). Dans

ce contexte, la présente recension des écrits vise à explorer de quelle façon la variable motivationnelle (incluant l'EM et étape de préparation au changement) est considérée spécifiquement dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie. Suite à l'analyse des articles sélectionnés nous allons tenter de formuler des conclusions à ce sujet.

Contexte théorique

Prévalence et caractéristiques de l'anorexie mentale

L'anorexie mentale touche de 0,5% à 1% de la population de jeunes femmes (Chabrol, 2004; Dumas, 1999; Marcelli et Braconnier, 2004; Miljkovitch et Lajudie, 2003) et survient habituellement chez les jeunes âgées de 14 à 19 ans (Dumas, 1999; Marcelli et Braconnier, 2004). Selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (2004), l'anorexie se caractérise par : a) le refus de maintenir un poids corporel normal pour l'âge et la taille; b) la peur intense de prendre du poids; c) l'altération de la perception du poids et de la forme corporelle; d) la présence d'une aménorrhée depuis au moins 3 mois. Souvent les jeunes atteintes d'anorexie nient leur trouble alimentaire (McHugh, 2007; Wade et al., 2009). Elles sont résistantes au traitement et sont peu motivées à changer leurs comportements alimentaires inadéquats associés au trouble, ce qui peut invalider les interventions en soi (Treasure et Schmidt, 2008). Les répercussions de l'anorexie sur la santé physique et mentale des jeunes sont très préoccupantes (Chabrol, 2004). Le taux de mortalité de l'anorexie est évalué entre 5% à 10% : les principales causes de décès identifiées sont les complications somatiques et le suicide (Chabrol, 2004; Kaplan et Garfinkel, 1999). Les interventions sont fréquemment offertes dans l'urgence de prévenir

les conséquences sévères de cette psychopathologie, auprès d'une clientèle qui est souvent peu réceptive (Treasure et Schmidt, 2008).

Interventions auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie

Selon le relevé de la littérature de Keel et Haedt (2008), actuellement la seule thérapie ayant démontré empiriquement son efficacité pour traiter l'anorexie à l'adolescence est la thérapie familiale selon le modèle de Maudsley. Ce modèle s'inscrit dans l'approche biopsychosociale et prend en considération les interactions entre l'individu, la famille et la maladie, tous les trois modelés par la génétique et le contexte socioculturel (Cook-Darzens, 2002). La première étape dans le modèle de Maudsley consiste à s'assurer que la famille est prête à collaborer et motivée à s'impliquer dans le traitement (Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2001; Russel, Szmukler, Dare & Eisler, 1987). Ainsi, les interventions qui favorisent la motivation à s'engager au traitement occupent une place à l'avant-plan dans cette thérapie. Cook-Darzens (2002) a analysé les deux études qui permettent de qualifier cette thérapie familiale comme efficace (Robin, Siegel, Moye, Gilroy, Dennis & Sikand, 1999; Russel et al., 1987;) et avancent l'idée que l'engagement au processus thérapeutique peut constituer un élément contribuant à l'efficacité du traitement. Suite à ces considérations, il semble pertinent de porter une attention particulière aux interventions qui favorisent la motivation et l'engagement au traitement chez cette clientèle, indépendamment du type de psychothérapie proposé (thérapie individuelle, familiale, de groupe). L'EM fait partie de ces interventions. Initialement, il a été créé pour favoriser l'engagement au traitement des personnes avec des problèmes de toxicomanie. En s'appuyant sur les rapprochements fait par certains

auteurs entre l'anorexie et les problèmes de dépendance (Brusset, 1998; Jeammet, 2004; Russel, 1991), il semble pertinent de s'intéresser à l'application de cet entretien auprès des adolescentes atteintes d'anorexie.

La variable motivationnelle

L'EM est «une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence» (Miller et Rollnick, 2006 ; p. 31). L'EM est mené dans un esprit de collaboration avec le client, de respect de son autonomie et il vise l'évocation de sa motivation intrinsèque. L'EM comprend quatre principes généraux qui sont : a) exprimer de l'empathie au client; b) aider le client à développer la divergence entre ses valeurs et son comportement; c) rouler avec la résistance du client; d) renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du client (Miller et Rollnick, 2006).

L'EM a été conceptualisé initialement comme une intervention préalable au traitement des personnes atteintes de troubles de la dépendance (Miller et Rollnick, 2006) visant l'amélioration de leur engagement au traitement. Il a été constaté par la suite qu'il pouvait être appliqué de façon indépendante (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003) ou ponctuelle, lorsque l'intervenant constate une diminution de la motivation du client (Miller et Rollnick, 2006) au cours de la thérapie. Il est considéré aussi comme une *façon d'être* avec le client (Geller, 2002).

L'EM a été conceptualisé à partir de l'expérience clinique de ses fondateurs. L'absence de fondements théoriques de l'entretien a été comblée, selon Treasure (2004), par le modèle transthéorique du changement développé par Prochaska et ses

collaborateurs dans les années 1980. Le modèle transthéorique explique comment un individu effectue un changement de son comportement (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Ce modèle est composé de quatre dimensions spécifiques : les processus, les niveaux, la balance décisionnelle et les étapes de préparation au changement (Prochaska et DiClemente, 2005). Les processus du changement sont composés des activités exercées par l'individu pour changer ses pensées, ses comportements et ses affects. Les niveaux de changement, de leur côté, reflètent le domaine dans lequel le changement se produit. Les avantages (les pour) et les désavantages (les contres) associés au changement, représentent l'aspect décisionnel et motivationnel du modèle. Finalement, les étapes de préparation au changement représentent le chemin à suivre afin d'atteindre un changement comportemental. Selon ce modèle, l'individu traverse les cinq étapes de préparation au changement suivantes : 1) la pré-contemplation : à cette étape la personne nie son problème et refuse le changement; 2) la contemplation : la personne reconnaît l'existence du problème et manifeste de l'ambivalence face au changement à effectuer; 3) la préparation : la personne a l'intention de changer mais n'est pas active dans ses actions pour y arriver; 4) l'action : la personne initie des actions concrètes pour engager le changement de comportement; 5) le maintien : la personne a effectué le changement et ses efforts sont orientés à maintenir les acquis et prévenir la rechute (Prochaska et DiClemente, 2005). Les fondateurs du modèle précisent que dans les étapes de pré-contemplation, de contemplation et de préparation (étapes moins élevées) le comportement à changer est toujours présent, alors que dans les étapes d'action et de maintien (étapes élevées), le comportement est en voie de changement, son apparition est moins fréquente ou le comportement à changer ne se

reproduit plus (Prochaska et DiClemente, 1984). Autrement dit, plus la personne se situe à une étape de préparation au changement élevée, plus elle est motivée à changer son comportement et ce dernier est observé moins fréquemment. Prochaska et DiClemente (1984) expliquent qu'à chaque étape de préparation au changement correspondent des processus de changement spécifiques qui peuvent s'opérer à des niveaux différents. Ils insistent sur le caractère cyclique et non-linéaire du passage à travers les étapes de préparation au changement où la personne peut avancer jusqu'à une certaine étape et puis revenir dans une étape précédente. Ils reconnaissent que cette fluctuation dans le niveau de préparation au changement fait partie de la démarche pour changer un comportement (Prochaska et DiClemente, 1984).

Miller et Rollnick (2009) dénoncent la confusion qui existe entre l'EM et les étapes du modèle transthéorique du changement. Ils précisent que la conception de l'EM ne s'appuie pas sur le modèle du changement de Prochaska et DiClemente (1984) et que l'application de l'EM ne nécessite pas de connaître l'étape de préparation au changement à laquelle se situe la personne. Ils reconnaissent toutefois le lien entre l'EM et les étapes du modèle transthéorique où l'EM pourrait constituer un moyen pour favoriser l'avancement de la personne à travers les étapes de préparation au changement, donc une méthode pour améliorer sa motivation au changement (Miller et Rollnick, 2009). Aussi, l'avancement à travers les étapes du modèle transthéorique pourrait être utilisé comme moyen pour illustrer l'efficacité de l'entretien. L'objectif de notre étude n'est pas de prendre position quant aux similarités et les différences entre l'EM et le modèle transthéorique qui propose les étapes de préparation au changement. Dans le cadre de

cette étude nous nous intéressons aux articles qui portent sur la variable motivationnelle incluant l'EM et les étapes de préparation au changement.

La variable motivationnelle dans la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble alimentaire

La pertinence de tenir compte de la variable motivationnelle dans la prise en charge des personnes atteintes de TCA a été étudiée d'abord auprès d'adultes. Selon certaines études, une étape de préparation au changement élevée (versus moins élevée) serait corrélée à un faible taux d'abandon du traitement (Geller, Drab-Hudson, Whisenhunt & Srikameswaran, 2004). D'autres études ont mis de l'avant que l'intégration de l'EM dans le traitement de cette clientèle favoriserait l'engagement au traitement (Bewell-Weiss, 2010; Feld, Woodside, Kaplan, Olmsted & Carter, 2001; George, Thornton, Touyz, Waller & Beumont, 2004), l'avancement à travers les étapes de préparation au changement (Allen, Fursland, Raykos, Steele, Watson & Byrne, 2012 ; George et al., 2004) et le faible taux d'abandon du traitement (George et al., 2004). Certaines études trouvent que la motivation au changement élevée est corrélée à une qualité de vie élevée (Munos, Quintana, Las Hayas, Padierna, Aguirre & Gonzales-Torres, 2012) et à une amélioration de la symptomatologie du trouble alimentaire (Bewel et Carter, 2008; Munos et al., 2012). Toutefois, cette amélioration n'est pas significativement supérieure comparativement à une condition sans EM (Allen et al., 2012).

Ces résultats encouragent l'étude de la variable motivationnelle auprès des adolescentes atteintes d'anorexie. En ce qui concerne l'application de l'EM, certains

auteurs soulèvent la nécessité de l'adapter aux caractéristiques particulières de l'adolescence (Naar-King et Suarez, 2011). Ces derniers soulignent les facteurs développementaux à considérer pour adapter l'esprit (autonomie, collaboration, évocation) et les principes (empathie, développement de la divergence, rouler avec la résistance, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle) de l'EM à la période de l'adolescence. Les facteurs développementaux propres à l'adolescence évoqués par les auteurs sont : les facteurs biologiques (changements hormonaux), cognitifs (état d'avancement dans la période des opérations formelles, capacité de traitement de l'information) et social (intégration de plusieurs rôles et formation de l'identité, développement de l'autonomie émotionnelle et comportementale, changements dans le rôle de la famille et importance du rôle des pairs) (Naar-King et Suarez, 2011). Treasure et Schmidt (2008) soulignent aussi que l'EM devrait être adapté à la faible autonomie décisionnelle des adolescentes atteintes d'anorexie et au contexte d'intervention sous ordonnance médicale qui caractérise souvent leur prise en charge en raison des conséquences importantes de la maladie sur leur santé physique et mentale.

Même si les auteurs reconnaissent la pertinence de considérer la variable motivationnelle dans la prise en charge des personnes avec un TCA et la nécessité d'adapter l'EM aux particularités des adolescentes atteintes d'anorexie, peu d'études sur ce sujet ont été menées jusqu'à présent. D'une part, les méta-analyses portant sur l'efficacité de l'EM n'incluent pas d'études auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie (Burke et al., 2003; Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Hettema, Steele & Miller, 2005). D'autre part, Treasure et al. (2011) soulignent le petit nombre d'étude qui portent sur l'application de l'EM auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie et ils insistent sur

l'importance de poursuivre la recherche à ce niveau. La présente recension des écrits répond à cette recommandation en s'intéressant à la façon de considérer la variable motivationnelle (EM et étape de préparation au changement) dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie.

Objectifs de la recension des écrits

La présente étude vise à répertorier les écrits qui portent sur l'utilisation de la variable motivationnelle (incluant ceux qui portent sur l'EM et ceux sur les étapes de préparation au changement) auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Le premier objectif de cette recension est d'explorer de quelles façons cette variable est considérée par les auteurs dans les études portant sur les adolescentes souffrant d'anorexie. Plus précisément, nous allons faire le point sur les objectifs, et les résultats qui en découlent, des études effectuées auprès d'adolescentes souffrant d'anorexie qui incluent une variable Motivation au changement. Le deuxième objectif de la recension des écrits est de vérifier comment l'EM est appliqué auprès des adolescentes atteintes d'anorexie parmi les études qui traitent spécifiquement de ce sujet. Nous allons tenter ainsi de formuler des conclusions sur l'utilisation de la variable motivationnelle auprès de jeunes souffrants d'anorexie.

Méthodologie

Stratégies de recherche et de sélection des articles

Plusieurs stratégies de recherche d'articles ont été appliquées afin d'avoir accès aux études portant sur l'utilisation de la variable motivationnelle auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie mentale. D'abord, une recherche a été menée dans les bases de données Ovid Medline et PsycINFO. À cette fin, les mots clés suivants ont été identifiés : 1) *motivational approach (interview) ou readiness for change ou stage of change*, 2) *treatment ou (psycho) therapy ou intervention*, 3) *anorexia ou eating disorder*, 4) *adolescent ou adolescence*, 5) *transtheoretical model (approach)*. Cinq combinaisons de mot-clé ont été formées : 1 et 2 et 3; 1 et 3; 1 et 2 et 3 et 4; 1 et 3 et 4; 3 et 4 et 5. Toujours dans ces bases de données, une recherche supplémentaire a été effectuée afin d'avoir accès à l'ensemble des publications des auteurs identifiés comme œuvrant dans le domaine de la motivation auprès de personnes atteintes de trouble alimentaire. Il s'agit des auteurs suivants : Elizabeth Rieger, Stephen Touyz, Peter Beumont, Josie Geller, Janet Treasure, Ulrike Schmidt, Simon Gowers, Joanne Gusella, Kelly Vitousek, Susan Watson, Jacqueline Carter. Ensuite, les mots-clés *motivational interviewing, anorexia nervosa, adolescent* ont été appliqués dans la base de données Google Scholar.

Suite à l'application de ces stratégies de recherche nous avons eu accès à 54 articles portant sur la variable motivationnelle auprès d'adultes ou d'adolescentes atteintes d'anorexie ou d'autres troubles alimentaires. Pour être inclus dans la recension, les articles devaient porter sur la variable motivationnelle auprès des adolescentes qui souffrent d'anorexie en contexte de prise en charge. Au total, sept articles répondaient à

ce critère de sélection. Aucun relevé de la littérature ou méta-analyse sur l'utilisation de cette variable auprès de cette clientèle n'a été trouvé. Ce nombre d'études a été jugé comme insuffisant. Il a été observé, par ailleurs, que souvent les auteurs menaient leurs études auprès d'un échantillon mixte, c'est-à-dire composé à la fois d'adultes et d'adolescentes atteintes d'anorexie ou de trouble alimentaire incluant l'anorexie. Il a été décidé d'inclure dans la recension ces études lorsqu'il était possible d'identifier la présence d'adolescentes atteintes d'anorexie dans leurs échantillons. En décidant d'appliquer cette modification, nous avons accepté de mener notre étude auprès d'un échantillon total mixte, composé à la fois d'adultes et d'adolescentes atteintes d'anorexie ou d'autres troubles alimentaires. Nous maintenons toutefois notre intérêt spécifique pour les adolescentes atteintes d'anorexie et nous allons tenter de le souligner lors de la présentation des résultats et dans la discussion. La recension des écrits compte ainsi au final 25 articles. Ces derniers sont identifiés par un astérisque dans les références de l'essai. Les références des 25 articles sélectionnés ont été consultées afin de vérifier la présence d'études potentiellement pertinentes à rajouter et aucun nouvel article n'a été trouvé.

Procédure d'analyse des articles sélectionnés

Afin de répondre à notre premier objectif, nous avons analysé les articles selon des catégories générales inspirées par Cooper (1998) telles que: « participants », « hypothèses ou objectifs », « méthodologie », « résultats ». Chaque article a été analysé individuellement. Les informations disponibles ont été colligées à l'intérieur des différentes catégories.

Une synthèse des informations dans la catégorie « participants » (nombre, âge, diagnostic) a été effectuée afin de décrire les caractéristiques des participantes de l'échantillon total de la recension. Une attention particulière a été portée d'une part, aux objectifs formulés par les auteurs afin de bien cerner l'utilisation de la variable motivationnelle et, d'autre part, aux résultats qui en découlent. Une synthèse des informations dans ces deux catégories a été faite et des conclusions ont été dégagées quant à l'utilisation de la variable motivationnelle auprès de personnes avec un TCA incluant des adolescentes atteintes d'anorexie. Les méthodologies utilisées dans les diverses études étaient peu comparables. Il n'a pas été possible de faire une synthèse de cette information. Le contenu de la catégorie « méthodologie » a été intégré dans la présentation des résultats pour inspirer le point de vue critique de cette recension.

Afin de répondre au deuxième objectif de notre étude, chacun des articles a été analysé selon deux autres catégories inspirées des écrits de Burke et al. (2003), Dun et al. (2001), Hettema et al. (2005) et Treasure et Schmidt (2008). La première catégorie est spécifique à l'application de l'EM et regroupe l'information sur la durée de l'EM, l'identification de l'intervenant qui l'applique, le type de formation qu'il a reçue, le contexte de l'intervention (à l'hôpital, en externe), la modalité d'application (en individuel, en groupe) et l'étape de préparation au changement à laquelle se situe la participante lorsque l'EM est appliqué. La deuxième catégorie porte sur la description de la population clinique et inclut l'information sur le diagnostic, le pourcentage d'adolescentes parmi les participantes, la sévérité des symptômes, l'âge de début de l'anorexie, la durée des symptômes et si l'EM est la première intervention appliquée auprès de ces jeunes. Une synthèse des informations dans ces catégories a été effectuée

dans l'objectif de formuler des conclusions sur l'utilisation de l'EM auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie.

Résultats

Description des participants

L'échantillon global de la recension des écrits compte 1748 participantes faisant partie de l'ensemble des études avec une étendue du nombre de personnes par étude de trois à 278.

La majorité des études rapportent la moyenne et l'étendue d'âge des participantes. Pour les études menées exclusivement auprès d'adolescentes, l'âge moyen estimé est de 15,7 ans, alors que pour les échantillons mixtes (adolescentes et d'adultes) la moyenne d'âge estimée est de 23,3 ans. L'étendue de l'âge des participantes de l'échantillon total se situe de 10 à 66 ans.

Au niveau du diagnostic présenté par l'échantillon total de la recension, on compte 1272 personnes atteintes d'anorexie (72% de l'échantillon total), 206 personnes sont atteintes de boulimie (11% de l'échantillon total) et 209 souffrent de trouble alimentaire non spécifié (11% de l'échantillon total). Pour 61 participantes leur diagnostic n'est pas précisé. Au moins 537 (30%) adolescentes atteintes d'anorexie font partie de l'échantillon total. Ce nombre est certainement plus élevé puisque certains articles ne précisent pas le nombre exact d'adolescentes souffrant d'anorexie dans leur échantillon.

Objectif 1 : Objectifs et résultats des études portant sur la variable motivationnelle auprès de personnes avec un TCA incluant des adolescentes atteintes d'anorexie

L'analyse des différents objectifs poursuivis par les études nous a permis d'extraire quatre grands thèmes (objectifs) qui ont intéressés les auteurs au niveau de l'utilisation de la variable motivationnelle auprès de personnes atteintes de trouble alimentaire incluant des adolescentes avec anorexie : 1) validation d'instruments pour évaluer le niveau de préparation au changement; 2) capacité prédictive de la variable motivationnelle sur d'autres variables; 3) corrélations entre la variable motivationnelle et d'autres variables; 4) efficacité de l'application de l'EM. La distribution des articles dans ces quatre thèmes (objectifs) est présentée dans le Tableau 1 (Appendice A). Le pourcentage d'adolescentes atteintes d'anorexie dans chaque étude est également indiqué pour mieux rendre compte dans quelle proportion chacun des liens entre la variable motivationnelle et les autres variables a été étudié auprès de cette clientèle. Tel qu'illustré dans le Tableau 1 (Appendice A) le pourcentage d'adolescentes atteintes d'anorexie n'est pas connu pour huit études alors que pour les autres il varie de 23% à 100%.

La majorité des articles analysés poursuivait un objectif principal, les informations pertinentes ont donc été colligées dans un seul des quatre groupes thématiques. Les études avec plusieurs objectifs ont été incluses dans plus d'un groupe en fonction de leurs différents objectifs.

Une synthèse des principaux résultats des études sera exposée dans la prochaine section. Ils seront présentés en fonction des quatre principaux objectifs poursuivis par les différentes études.

Thème 1 : Validation d'instruments pour évaluer le niveau de préparation au changement. Le premier thème dégagé porte sur la validation d'instruments destinés à mesurer le niveau de préparation au changement des participantes. La recension des écrits inclut les études de validation des six instruments suivants : *Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* (ANSOCQ), *Eating Disorders Stages of Change Questionnaire* (EDSOCQ), *Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder* (MSCARED), *Readiness and Motivation Interview* (RMI), *Attitudes towards Change in Eating Disorders* (ACTA), *Stages of Change* (SoC). Ces instruments ont pour but d'évaluer l'étape de préparation au changement des personnes atteintes d'un TCA ou d'anorexie mentale. La majorité des auteurs présentent les qualités psychométriques de leurs instruments en rapportant les indices de fidélité et de validité. Les indices de fidélités sont satisfaisants pour l'ANSOCQ, l'EDSOCQ, le MSCARED, la RMI et l'ACTA. Aucune information sur la fidélité de *Stages of Change* n'est présentée, il est donc impossible de se prononcer sur ses qualités psychométriques.

Dans l'ensemble, les études de validation présentées utilisent des stratégies propres à la validité de construit ce qui correspond à la recommandation d'Anastasi (1994) selon laquelle, pour les concepts théoriques, la validité de construit doit être établie. Les auteurs rapportent généralement des résultats satisfaisants au niveau de la validité de leurs instruments. Quelques précisions sont toutefois à mentionner au niveau de la méthodologie et les résultats de certaines études.

Dans la validation de l'ANSOCQ, un des instruments utilisés (*Self Efficacy Scale*) est adapté pour être appliqué auprès de personnes souffrant d'anorexie, mais ses qualités psychométriques auprès de cette clientèle ne sont pas rapportées. Il faut souligner

toutefois que l'ANSOCQ est le seul instrument validé exclusivement auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie et il est également le seul qui mesure la motivation au changement spécifiquement chez les personnes atteintes d'anorexie. L'EDSOCQ, le MSCARED, l'ACTA et la RMI évaluent la motivation au changement des personnes qui présentent un trouble alimentaire (anorexie, boulimie, trouble alimentaire non-spécifié).

La RMI affiche une faible consistance interne pour deux de ses quatre échelles lorsqu'elle est administrée auprès d'adolescentes, alors qu'elle est qualifiée comme satisfaisantes lorsque l'entrevue est administrée auprès d'adultes. Selon les auteurs, ce résultat confirme le besoin de développer des instruments destinés à évaluer la motivation spécifiquement auprès des adolescentes.

Nous pouvons conclure qu'il existe cinq instruments qui ont des qualités psychométriques satisfaisantes pour être utilisés auprès de personnes atteintes de TCA incluant des adolescentes avec anorexie. L'ANSOCQ est toutefois l'instrument avec les qualités les mieux documentées auprès des adolescentes atteintes d'anorexie.

Thème 2 : Capacité prédictive de la variable motivationnelle. Le second thème regroupe les études qui portent sur la capacité prédictive de la variable motivationnelle sur d'autres variables. Ces dernières sont : l'évolution du trouble alimentaire, le niveau de détresse psychologique, la durée du séjour à l'hôpital, le besoin d'hospitalisation et le maintien du poids lors d'un suivi. Une étude vérifie si la perception de la cohésion familiale et la tendance à la personnalité borderline de la jeune vont prédire le niveau de sa préparation au changement.

Au niveau de la capacité de la variable motivationnelle à prédire l'évolution du TCA, il faut d'abord souligner que des outils différents sont utilisés à travers les études pour mesurer le niveau de motivation au changement et l'évolution des symptômes du TCA. La préparation au changement est mesurée soit avec l'ANSOCQ ou avec de brefs questionnaires conçus par les auteurs dont les qualités psychométriques ne sont pas mentionnées. L'évolution du TCA est mesurée soit par une entrevue semi-structurée (*Eating Disorders Examination-EDE*), soit par un questionnaire composé de plusieurs échelles (*Eating Disorders Inventory-2/EDI-2*), soit en se référant au poids. Les résultats sur la capacité prédictive de la variable motivationnelle diffèrent en fonction des instruments utilisés. Lorsque le questionnaire bref est utilisé, un score élevé de la motivation au changement à l'admission prédit une amélioration du TCA (faible score à l'EDE) à six semaines de suivi (follow-up). Lorsque l'ANSOCQ est utilisé, les résultats sont divergents : une étape de motivation au changement élevée (étape d'action, de maintien) à l'admission prédit une diminution du désir de minceur (échelle de l'EDI-2), mais l'étape de motivation au changement à l'admission ne prédit pas le score à l'EDE ni l'atteinte d'un gain de poids fixé à 85% du poids idéal. Une amélioration de la motivation en début d'intervention, mesurée à deux semaines d'intervalle, prédit un gain de poids et une amélioration de la symptomatologie du trouble (faible score à l'EDE) six semaines plus tard.

La capacité de la variable motivationnelle à prédire la détresse psychologique est évaluée en utilisant des instruments avec des qualités psychométriques établies (ANSOCQ, EDSOCQ, *Child Depression Inventory (CDI)*, *Beck Depression Inventory (BDI)*). Les résultats sont convergents et permettent d'affirmer qu'une étape de

préparation au changement élevée prédit un faible niveau de détresse psychologique. De plus, une étape de préparation au changement élevée à l'admission prédit une diminution de la détresse psychologique à la sortie.

Les résultats avancent aussi que les adolescentes atteintes d'anorexie qui sont à une étape de préparation au changement élevée à l'admission, restent à l'hôpital significativement moins longtemps que celles qui sont à une étape faible. Un niveau de préparation au changement élevée chez une jeune hospitalisée prédit une meilleure collaboration au traitement, la poursuite du gain pondéral lors du suivi et une diminution des probabilités de ré-hospitalisation. De plus, un niveau de préparation au changement élevé à la sortie de l'hôpital jumelé à un indice de masse corporelle (IMC) élevé à l'admission prédit un maintien du poids lors du suivi. Finalement, la tendance à la personnalité borderline et la perception de la cohésion familiale de la jeune ne seraient pas des prédicteurs de la préparation au changement. Ces affirmations sont issues d'études corrélationnelles menées exclusivement auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Il faut mentionner toutefois que chacune de ces affirmations est issue d'une seule étude.

L'ensemble de ces résultats suggère qu'il est difficile de se prononcer sur la capacité de la variable motivationnelle, mesurée à l'admission, à prédire l'évolution du trouble alimentaire. Par ailleurs, l'amélioration de la motivation au changement prédit une diminution des symptômes associés au TCA. Une étape de préparation au changement élevée prédit un faible niveau de la détresse psychologique. Quant à sa capacité à prédire la durée du séjour à l'hôpital, le besoin d'hospitalisation et le maintien

du poids lors du suivi, les résultats sont encourageants mais la recherche sur le sujet doit se poursuivre.

Thème 3 : Corrélations entre la variable motivationnelle et d'autres variables. Le troisième thème porte sur l'exploration des corrélations entre la variable motivationnelle et d'autres variables telles que l'évolution des symptômes du TCA et dépressifs et la perception des jeunes de leur relation avec leurs parents. Les corrélations entre les étapes et les processus de changement du modèle transthéorique sont aussi étudiées.

Au niveau des liens entre la variable motivationnelle et les symptômes du trouble alimentaire, une préparation au changement élevée, mesurée avec l'ANSOCQ, est corrélée à une amélioration des attitudes alimentaires (faible score total à l'*Eating Attitude Test-26/EAT-26*), à une meilleure satisfaction de l'image corporelle (faible score à l'échelle *insatisfaction corporelle* de l'EDI-2) et à un faible niveau du désir de minceur (échelle de l'EDI-2). Lorsque la motivation au changement est mesurée avec le MSCARED, les étapes de préparation au changement ne sont pas corrélées avec l'échelle désir de minceur de l'EDI.

Une étape de préparation au changement élevée (mesurée avec le MSCARED) est corrélée à une faible détresse psychologique (mesurée avec le CDI) alors qu'une étape de préparation au changement faible (pré-contemplation ou contemplation) est corrélée à une perception négative des relations avec les parents.

Au niveau des liens entre les étapes et les processus de changement du modèle transthéorique, il semble que les personnes qui se situent à une étape élevée ont une

meilleure identification de leurs perceptions et leurs émotions par rapport au trouble, elles acceptent mieux leur choix d'agir pour améliorer leur comportement alimentaire et elles ont plus confiance en leur capacité à changer. Il faut souligner toutefois que les corrélations rapportées ici sont faibles à modérées et les outils utilisés ne sont pas toujours validés auprès de personnes atteintes de TCA.

Ces résultats nous permettent d'avancer que le lien entre la préparation au changement élevée et la faible détresse psychologique est confirmé. Il semble y avoir aussi une tendance selon laquelle une étape de préparation au changement élevée est corrélée à une amélioration des symptômes du trouble alimentaire. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de vérifier les liens entre les étapes et les processus de changement auprès de personnes atteintes d'un trouble alimentaire.

Thème 4: Efficacité de l'application de l'EM. Le quatrième thème regroupe les études qui s'intéressent à l'efficacité de l'application de l'EM pour améliorer la motivation et les symptômes du trouble alimentaire. Afin de s'y prononcer des comparaisons ont été faites entre un groupe qui a été exposé à l'EM et à un traitement traditionnel (TT) et un groupe qui a été exposé uniquement au TT.

Au niveau de l'efficacité de l'EM comme moyen pour améliorer le niveau de préparation au changement, l'ensemble des résultats suggère que l'application de l'EM améliore la motivation à changer chez les personnes atteintes d'anorexie. Significativement plus de participantes du groupe avec EM ayant une motivation initiale faible passent à une étape de préparation au changement élevée six semaines plus tard, comparativement au groupe TT. Il faut reconnaître toutefois, que de façon générale,

l'amélioration de la motivation chez le groupe avec EM n'est pas significativement meilleure comparativement au groupe TT. Les participantes dans ce dernier groupe améliorent aussi leur motivation sans pour autant passer d'une étape de préparation au changement faible à une étape élevée.

En ce qui concerne l'efficacité de l'application de l'EM sur la symptomatologie du trouble, les résultats ne sont pas concluants et diffèrent en fonction des instruments utilisés. D'une part, on constate une amélioration plus prononcée du trouble alimentaire (faible score à l'EDE) pour le groupe avec EM comparativement à celui qui a suivi uniquement le TT; toutefois cette différence n'est pas significative. D'autre part, pour le groupe TT, on observe une diminution significativement plus grande des scores sur l'échelle *désir de minceur* de l'EDI-2 et sur l'échelle *évitement* de la *Decisional Balance Scale for Anorexia*, comparativement au groupe avec EM. Par ailleurs, significativement plus de participantes du groupe avec EM étaient engagées dans un traitement lors du suivi comparativement au groupe TT.

Nous pouvons conclure que l'application de l'EM est efficace pour faire avancer les personnes atteintes d'anorexie à travers les étapes de préparation au changement et favorise de façon significative leur engagement au traitement. Les résultats rapportés ne nous permettent pas de formuler des conclusions sur l'efficacité de l'EM pour améliorer la symptomatologie du trouble alimentaire.

Objectif 2 : Application de l'EM auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie

Parmi les 25 articles de la recension, dix abordent l'application de l'EM. Un intérêt particulier a été porté sur les façons différentes d'utiliser cet entretien. Ainsi, l'EM

est parfois une intervention préalable au traitement, il peut faire partie du traitement, introduire un instrument motivationnel ou être utilisé de façon indépendante et ponctuelle. Les interventions auprès de cette clientèle peuvent être également teintées de façon générale par l'esprit de l'EM.

Caractéristiques de l'application de l'EM. Tout d'abord, il faut souligner que peu de détails sont rapportés au sujet de l'application de l'EM. La durée de l'EM n'est rapportée que dans deux études. Dans celles-ci, l'EM est administré au cours de quatre rencontres hebdomadaires d'une durée de 60 à 75 minutes chacune. La majorité des études ne donnent pas d'information sur la formation des intervenants qui appliquent l'EM. Ce dernier est appliqué généralement auprès de personnes qui présentent un faible niveau de préparation au changement, qui sont soit hospitalisées ou suivies en externe, et moins fréquemment suivies en hôpital de jour. L'EM est plus souvent appliqué en individuel qu'en groupe.

Caractéristiques de la population clinique. La description de la population auprès de laquelle l'EM a été appliqué est peu détaillée. L'EM a été administré auprès d'au moins 122 adolescentes atteintes d'anorexie sur les 326 participantes des dix études (37%). Le Tableau 2 (Appendice B) présente le pourcentage d'adolescentes avec anorexie dans chacune de ces 10 études. L'IMC des participantes a été considéré pour rendre compte de la sévérité de leur dénutrition; il varie entre 14,1, et 19,4 (un IMC normal se situe entre 20 et 25, selon Geller, Cassin, Brown & Srikameswaran, 2009). La durée moyenne des symptômes varie de 1,3 à 20 ans dans les six études qui la rapportent.

Certaines participantes avaient déjà été hospitalisées ou avaient reçues une intervention antérieurement.

Compte tenu du nombre important d'informations manquantes, il nous est difficile de formuler des conclusions sur l'application de l'EM. Nous pouvons toutefois résumer que l'EM peut être mené auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie (hospitalisées ou suivies en externe), au cours de quatre séances individuelles hebdomadaires d'une durée d'environ une heure chacune. Des études supplémentaires seraient souhaitables sur ce sujet pour avoir accès à suffisamment d'informations nous permettant de formuler des conclusions sur l'application de l'EM auprès des adolescentes atteintes d'anorexie.

Discussion

Nous avons mené une étude exploratoire sous forme de recension des écrits dans l'objectif de dégager des conclusions sur l'utilisation de la variable motivationnelle dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie. Suite à l'élargissement des critères de sélection des articles dans la recension des écrits, les analyses ont été effectuées auprès d'un échantillon total mixte composé d'adultes et d'adolescentes atteintes d'anorexie ou d'autres troubles alimentaires. Ainsi, les conclusions formulées ne sont pas spécifiques aux adolescentes atteintes d'anorexie. Dans ce contexte nous répondons partiellement à nos objectifs même si un effort est fait pour souligner les conclusions s'appliquant exclusivement aux adolescentes atteintes d'anorexie.

Les principales conclusions sur l'utilisation de la variable motivationnelle (objectif 1 de la recension) et les caractéristiques de l'application de l'EM (objectif 2 de

la recension) seront discutées ci-dessous. Ensuite, des conclusions générales seront abordées et les limites de la recension seront présentées.

Discussion du premier objectif de la recension des écrits

Conclusions s'appliquant à l'échantillon total de la recension des écrits. Suite à la synthèse des résultats découlant des thèmes (objectifs) sur la capacité prédictive de la variable motivationnelle et ses corrélations avec d'autres variables deux conclusions sont formulées.

D'abord, nous pouvons avancer qu'il existe un lien entre la motivation au changement élevée et la faible détresse psychologique chez les adolescentes atteintes de TCA. Ce lien a été observé auprès d'un échantillon composé à 100% d'adolescentes et à 66% d'adolescentes atteintes d'anorexie ce qui nous amène à avancer qu'il est très probablement présent aussi spécifiquement chez ces dernières. La confirmation de ce lien a des implications cliniques puisque l'amélioration de la motivation au changement pourrait être identifiée comme un des objectifs thérapeutiques possibles qui aura un impact positif sur la motivation et aussi sur la diminution de la détresse psychologique. Plusieurs auteurs soulignent que les troubles le plus souvent observés en comorbidité chez les adolescentes atteintes d'anorexie sont les troubles de l'humeur (Salbach-Andrae, Lenz, Simmendinger, Klinkowski, Lehmkuhl & Pfeiffer, 2008), plus particulièrement la dépression (Chabrol, 2004; Hughes, 2012). De plus, tel que déjà mentionné, le suicide est l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes avec un problème d'anorexie. L'identification d'une variable liée à la diminution de la détresse psychologique

représente un avancement dans l'effort d'adapter les interventions aux besoins spécifiques de cette clientèle. Étant donné les implications cliniques de ce lien, nous encourageons la reproduction de ces résultats auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie dans la recherche future spécifiquement auprès de cette clientèle.

Ensuite, les résultats sur la relation entre l'étape de préparation au changement et l'évolution du TCA ne sont pas suffisamment homogènes pour nous permettre d'avancer une conclusion. Nous pouvons mentionner toutefois que, lorsqu'un tel lien a été observé, il allait dans le sens où une étape de préparation au changement élevée était corrélée à une amélioration de la symptomatologie du trouble alimentaire. Les études sur ce lien sont menées auprès d'un échantillon composé à 70% d'adolescentes atteintes d'anorexie. Ces résultats vont dans le sens de ce qui a déjà été observé chez les adultes atteintes de TCA (Munos et al., 2012) et plus spécifiquement souffrant d'anorexie (Bewel et Carter, 2008). Malgré le pourcentage relativement élevé d'adolescentes avec anorexie auprès desquelles ce lien a été étudié, nous suggérons qu'il soit étudié exclusivement auprès de cette clientèle. Afin d'optimiser les conditions de recherche pour mieux rendre compte du lien potentiel entre la motivation au changement élevée et l'amélioration des symptômes du TCA, il sera pertinent d'attirer l'attention des auteurs sur la nécessité d'avoir une meilleure entente sur la définition du rétablissement de l'anorexie et sur les instruments utilisés pour le mesurer. Même si les résultats actuellement disponibles ne nous permettent pas de formuler des conclusions, il nous apparaît souhaitable que la recherche sur ce sujet se poursuive. La variable motivationnelle pourrait être reconnue comme une variable qui favorise une évolution positive dans la symptomatologie de cette psychopathologie avec des conséquences très graves. Ainsi, la pertinence d'appliquer une

méthode qui favorise le développement de la motivation au changement, comme par exemple l'EM, sera davantage reconnue. La recherche doit se poursuivre également pour mieux comprendre le rapport qui existe entre les étapes de préparation au changement et l'évolution du trouble alimentaire. Une piste à explorer par la recherche serait de vérifier si la motivation au changement élevée peut agir comme variable médiatrice pour une diminution des symptômes du TCA.

La synthèse des résultats découlant du thème (objectif) sur l'efficacité de l'application de l'EM permet la formulation de deux conclusions.

Premièrement, l'EM est une méthode efficace pour favoriser l'avancement à travers les étapes de préparation au changement et l'engagement au traitement. Ainsi, l'EM appliqué auprès de personnes atteintes de TCA incluant des adolescentes avec anorexie, parvient aux mêmes objectifs que ceux formulés initialement par ses fondateurs (Miller et Rollnick, 2006), soit l'amélioration de la motivation au changement et l'engagement au traitement. Sachant que ce dernier pourrait être une variable qui contribue à l'efficacité des interventions auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie (Cook-Darzens, 2002), la pertinence d'utiliser l'EM dans la prise en charge de ces jeunes filles semble renforcée. Les études sur l'efficacité de l'EM illustrent aussi l'intrication entre ce dernier et les étapes de préparation au changement. Tel qu'il a été proposé par Miller et Rollnick (2009) l'EM est utilisé comme une méthode qui favorise l'avancement à travers les étapes de préparation au changement. Ces dernières sont utilisées, de leur côté, comme moyen pour rendre compte de l'efficacité de l'EM.

Deuxièmement, nous pouvons conclure qu'à cette étape de la recherche nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'efficacité de l'EM pour améliorer la symptomatologie

du trouble. Il faut reconnaître que ce résultat est peu surprenant puisque l'objectif initial de l'EM est de favoriser l'émergence de la motivation au changement de la personne et son engagement au traitement. Il ne vise pas à avoir un impact direct sur la symptomatologie du trouble ou le régler. Nous suggérons que la recherche se poursuive pour mieux comprendre le rapport entre l'EM et l'évolution de la symptomatologie du TCA.

Ces deux conclusions sont formulées en se basant sur les résultats obtenus auprès d'un échantillon composé d'au moins 40% d'adolescentes atteintes d'anorexie. Il est à souligner aussi que le poids accordé aux résultats des études sur l'efficacité de l'application de l'EM est important puisqu'ici nous retrouvons les deux seules études de la recension des écrits qui ont un devis avec groupe contrôle. Toutefois parmi les participantes de ces deux études, nous pouvons identifier seulement 11 adolescentes atteintes d'anorexie (12%). Nous suggérons la reproduction de ces résultats auprès de cette dernière clientèle avant de conclure sur l'efficacité de l'EM spécifiquement auprès de ces jeunes.

Conclusions s'appliquant spécifiquement aux adolescentes atteintes d'anorexie. La synthèse des résultats découlant des thèmes (objectifs) portant sur la validation d'instruments et la capacité prédictive de la variable motivationnelle nous amène à formuler une conclusion et deux recommandations qui s'appliquent exclusivement aux adolescentes atteintes d'anorexie.

D'abord, l'ANSOCQ est identifié comme l'instrument avec les qualités psychométriques les mieux documentées auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Tout

en encourageant la validation des autres instruments cités dans la recension auprès de cette clientèle, nous recommandons actuellement l'utilisation de l'ANSOCQ. L'accès à cet instrument est un avantage autant en recherche qu'en clinique. En recherche, l'ANSOCQ permet d'opérationnaliser et d'évaluer les étapes de préparation au changement dans le but d'approfondir la compréhension de leur rôle dans le processus de rétablissement de l'anorexie chez les jeunes. En clinique, cet instrument permet d'identifier rapidement l'étape de préparation au changement à laquelle se situe la personne et d'orienter le traitement pour mieux répondre à ses besoins. Une telle attitude serait en accord avec le principe du modèle transthéorique qui recommande une correspondance entre l'étape de préparation au changement et le traitement proposé.

Ensuite, il semble qu'une étape de préparation au changement élevée prédit un séjour à l'hôpital moins prolongé, un maintien du poids lors du suivi et une moins grande probabilité d'être ré-hospitalisée chez les adolescentes atteintes d'anorexie. Afin de mieux apprécier la valeur de ces résultats, il faut préciser d'abord qu'ils ont été obtenus auprès d'un échantillon composé exclusivement d'adolescentes atteintes d'anorexie. De plus, les variables sur lesquelles les auteurs se prononcent sont choisies en tenant compte des particularités de l'adolescence. Il s'agit de la faible autonomie décisionnelle de l'adolescent, le contexte de contrainte et l'importance de considérer le maintien des acquis lors du suivi plutôt qu'uniquement le gain pondéral en fin de traitement. Au cours de l'adolescence, la jeune est en train de développer son autonomie mais en raison des conséquences sévères de l'anorexie son autonomie décisionnelle est limitée par son entourage. La jeune est alors souvent contrainte à suivre des interventions pour prendre du poids au cours d'une période décidée par l'équipe médicale et ses parents. Ce gain

pondéral forcé ne signifie pas nécessairement que la jeune s'est engagée au traitement. Il est possible qu'elle ait pris du poids principalement pour atteindre l'objectif visé pour sortir de l'hôpital. Dans ce contexte, il y a un risque élevé que la jeune perde à sa sortie de l'hôpital le poids gagné lors de l'intervention. Il serait alors tout aussi pertinent de s'intéresser aux variables qui pourraient prédire le maintien que le gain pondéral. Les résultats mentionnés ci-dessus suggèrent que la variable motivationnelle pourrait jouer ce rôle. Elle pourrait être identifiée ainsi comme une variable qui est en lien avec le maintien des acquis (maintien du poids, faible probabilité d'avoir besoin de ré-hospitalisation) suite au traitement des adolescentes atteintes d'anorexie. Des conclusions dans ce sens auraient une implication importante dans la prise en charge de ces jeunes qui affichent un très grand risque de rechute. Il faut reconnaître toutefois que ces résultats sont issus de trois études et chacune d'elles se prononce sur la capacité de la variable motivationnelle à prédire une variable différente (durée du séjour à l'hôpital, maintien du poids et besoin de ré-hospitalisation lors du suivi). Dans ce contexte, nous recommandons que la recherche se poursuive pour éventuellement reproduire ces résultats. Nous insistons sur la pertinence de mener des études exclusivement auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie en les adaptant à leurs caractéristiques particulières.

Finalement, chez les adolescentes atteintes d'anorexie, la tendance à la personnalité borderline et la perception de la cohésion familiale ne prédisent pas leur étape de préparation au changement. Par ailleurs, une faible conscience intéroceptive chez la jeune prédit une faible étape de préparation au changement. Il semble que lorsque la jeune développe ou reprend contact avec ce type de conscience, elle est plus sensible aux besoins de son corps et donc plus prête à changer son comportement alimentaire

inadéquat et répondre ainsi à ses besoins. Ce résultat nous amène à nous questionner sur la possibilité que la conscience intéroceptive soit une variable sur laquelle l'intervention clinique pourrait être orientée et qui pourrait jouer un rôle positif sur l'amélioration de la motivation au changement chez les adolescentes atteintes d'anorexie. Nous ne pouvons formuler de conclusions puisqu'une seule étude porte sur ce sujet. Étant donnée la pertinence clinique d'une conclusion dans ce sens, nous recommandons la poursuite de la recherche sur ce sujet.

Discussion du deuxième objectif de la recension des écrits

Le deuxième objectif de cette recension était de formuler des conclusions sur l'application de l'EM auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Comme il a été souligné précédemment, étant donné que les analyses de la recension des écrits ont été mené auprès d'un échantillon mixte, nous ne répondons que partiellement à cet objectif. De plus, nous pouvons conclure que la recherche actuelle sur l'EM auprès de personnes atteintes de TCA, incluant des adolescentes avec anorexie, ne nous permet pas d'avancer les caractéristiques de son application en raison de l'absence d'informations suffisamment détaillées sur ce sujet. Il a été observé toutefois que l'EM peut être appliqué au cours de quatre séances individuelles hebdomadaires d'une durée d'environ une heure chacune offertes en interne ou en externe. Notre principale suggestion est que les auteurs assurent une plus grande transparence dans leur description de l'application de l'EM afin de fournir les informations nécessaires pour dégager les principes d'application de l'EM auprès des jeunes atteintes d'anorexie. Aussi, même si les auteurs soulignent l'importance d'adapter l'EM aux particularité de l'anorexie à l'adolescence (Treasure et

Schmidt, 2008; Treasure et al., 2011), il semble qu'il n'y a pas de tel programme publié et évalué empiriquement. Ce serait un domaine où les études sont encouragées, d'autant plus que la pertinence de l'application de l'EM pour favoriser la motivation au changement est de plus en plus mise en évidence auprès de cette clientèle.

Discussion des conclusions générales de la recension des écrits

Au cours du processus de sélection et d'analyse des articles inclus dans la recension des écrits certaines difficultés ont été rencontrées qui nous ont emmené à formuler quelques conclusions générales qui se dégagent suite à cette étude.

Tout d'abord, nous pouvons conclure que la recherche sur l'utilisation de la variable motivationnelle auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie est à ses débuts. Le fait que peu d'études abordent ce sujet peut peut-être s'expliquer par une sorte de cercle vicieux où étant donné le peu de données empiriques appuyant l'utilisation de cette variable auprès de cette clientèle, peu d'auteurs décident de l'étudier. En adoptant une telle attitude l'accroissement des études sur ce sujet est ralenti et donc cette variable est moins étudiée. Une autre explication pourrait être que lorsqu'il s'agit de l'application de l'EM, ce dernier devrait être adapté aux particularités de cette clientèle, à notre connaissance, il n'y a pas d'adaptation publiée de l'EM pour les adolescentes avec anorexie en ce moment.

Tel que souligné précédemment, une hétérogénéité a été observée dans les échantillons de plusieurs études par rapport à l'âge des participantes et leur diagnostic. Il a été constaté aussi que la description des échantillons n'est pas toujours suffisamment détaillée pour nous permettre d'identifier le nombre exact d'adolescentes avec anorexie

qui en font partie. De plus, dans la présentation de leurs résultats les auteurs ne rapportent pas systématiquement des comparaisons entre les sous-groupes de leurs échantillons. Autrement dit, quand les différences ou l'absence de différence entre les participantes en fonction de leur âge ou leur diagnostic ne sont pas rapportées, des conclusions à ce sujet ne peuvent pas être faites puisque les résultats obtenus auprès des adolescentes avec anorexie pourraient être comparables ou non à ceux obtenus auprès des autres sous-groupes de l'échantillon. De ce fait, nous nous retrouvons souvent à qualifier des résultats comme encourageants en soulignant leur valeur et pertinence pour la clinique et la recherche tout en recommandant qu'ils soient reproduits spécifiquement auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Il faut reconnaître également que l'hétérogénéité au niveau du diagnostic des participantes indique que les auteurs considèrent l'application de la variable motivationnelle auprès de personnes (adultes et adolescentes) atteintes d'anorexie mais aussi de boulimie et de trouble alimentaire non spécifié. Le fait que les auteurs étudient la variable motivationnelle souvent auprès d'échantillon mixte pourrait être interprété comme une supposition de leur part qu'il n'y ait pas de différence marquée dans son application auprès des différents troubles alimentaires. Nous recommandons que des études approfondies soient menées à ce sujet auprès des échantillons plus homogènes afin de pouvoir se positionner sur cette hypothèse.

Finalement, la méthodologie employée par les auteurs est très variée. Certains devis sont transversaux (ex : études sur les corrélations entre la variable motivationnelle et d'autres variables), d'autres longitudinaux (ex : études sur la capacité prédictive de la variable motivationnelle), avec ou sans groupe contrôle (ex : études sur l'efficacité de l'EM). La recension inclut également un article théorique, une étude de cas et une étude

avec six participantes sans analyses statistiques. Dans certains cas, les qualités psychométriques des instruments utilisés ne sont pas connues ce qui introduit un biais à l'interprétation des résultats et aux poids accordés à leurs conclusions. Cette variabilité au niveau de la méthodologie donne l'impression que la recherche sur la variable motivationnelle auprès de personnes avec des TCA prend des directions différentes et qu'il est difficile de formuler à l'heure actuelle, une opinion appuyée sur des données empiriques. La recherche dans ce domaine nous apparaît en être à ses débuts. Elle explore les différentes façons de considérer la variable motivationnelle dans la prise en charge des adolescentes atteintes d'anorexie (ex : corrélation, prédiction, efficacité) mais n'a pas encore accumulé suffisamment de données pour pouvoir formuler des conclusions sur l'ensemble des variables étudiées en lien avec la variable motivationnelle. En faisant le point sur les résultats qui se dégagent des études portant sur l'utilisation de la variable motivationnelle auprès de cette clientèle, la présente recension des écrits contribue à l'accroissement des connaissances sur ce sujet.

Limites de la recension des écrits

Avant de souligner les principales conclusions de la recension des écrits, ses limites seront abordées. D'abord, nous avons choisi de considérer la variable motivationnelle selon l'EM et les étapes de préparation au changement. Il existe toutefois d'autres modèles théoriques sur la motivation comme par exemple la théorie de l'autodétermination. Nous avons fait ce choix en raison de la proximité entre le modèle transthéorique et l'EM qui favorise la sélection d'études comparables avec des résultats relativement homogènes permettant de formuler certaines conclusions. Ensuite, il faut

considérer la possibilité que la recension n'inclut pas l'ensemble des articles traitant de ce sujet. La recherche des articles a été menée principalement dans les bases de données PsychInfo et Ovid Medline. Uniquement les articles publiés en français et en anglais ont été considérés. Ainsi, la recension n'inclut pas les articles sous presse ni ceux potentiellement pertinents mais rédigés en d'autres langues. Aussi, l'élargissement des critères de sélection des articles pourrait être considéré comme une limite puisqu'il nous amène à considérer des résultats obtenus auprès d'un échantillon mixte (adultes et adolescentes) avec des TCA incluant l'anorexie. Cela nous éloigne de la possibilité de répondre de manière précise et spécifique à nos objectifs. Nous considérons toutefois que cet élargissement des critères de sélection nous a donné accès à un plus riche éventail de variables mises en rapport avec la variable motivationnelle ce qui contribue à une meilleure compréhension du rôle potentiel de cette variable dans la prise en charge des personnes atteintes de TCA incluant des adolescentes avec anorexie.

Conclusion

La présente recension des écrits est à notre connaissance la première qui s'intéresse aux connaissances actuelles quant à l'utilisation de la variable motivationnelle auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie. Elle permet de constater que ce sujet est peu étudié ce qui explique notre décision de considérer pour cette recension un échantillon mixte composé d'adultes et d'adolescentes atteintes de TCA. De façon générale nous pouvons conclure que le développement de la motivation au changement, entre autre en appliquant l'EM, pourrait être utilisé dans la prise en charge des adolescentes atteintes

d'anorexie comme une des cibles thérapeutiques pouvant avoir un effet positif sur la détresse psychologique et l'engagement au traitement. Des recherches supplémentaires spécifiquement auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie sont toutefois nécessaires. Aussi, l'ANSOCQ est l'outil recommandé pour être utilisé auprès d'adolescentes présentant un problème d'anorexie pour évaluer l'étape de préparation au changement à laquelle elles se situent.

Ces conclusions contribuent à l'accroissement des connaissances sur ce sujet. Une autre contribution importante de cette étude est qu'elle permet de dégager des thèmes de recherche sur ce sujet pour lesquels des études supplémentaires auprès des adolescentes atteintes d'anorexie seraient souhaitables. Les thèmes suggérés pour des études sont : le lien entre la motivation au changement et l'évolution des symptômes du TCA; l'efficacité de l'EM sur l'amélioration des symptômes du TCA; l'adaptation de l'EM pour son utilisation auprès d'adolescentes atteintes d'anorexie; description détaillée de l'EM permettant de dégager les principes de son application, les liens entre la motivation au changement et le maintien des acquis ainsi qu'avec la conscience intéroceptive. Il est recommandé également que dans la recherche à l'avenir les études soient menées auprès d'échantillon plus homogènes au niveau de l'âge et du diagnostic des participantes. Des études avec un devis avec groupe contrôle sont suggérées.

Références

- Allen, K., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., & Byrne, S. (2012).
Motivation-focused treatment for eating disorders: a sequential trial of enhanced
cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused
therapy. *European Eating Disorders Review*, 20, 232–239.
- *Amettler, L., Castro, E., Serrano, E., Mertinez, E., & Toro, J. (2005). Readiness to
recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *Journal
of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 394-400.
- American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères
diagnostiques. Version française complétée des codes CIM-10*. Masson.
- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Guérin Universitaire.
- Bewel, C., & Carter, J. (2008). Readiness to change mediates the impact of eating
disorder symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa.
International Journal of Eating Disorders, 41, 368-371.
- Bewell-Weiss, C. (2010). *A brief motivational interviewing intervention as a prelude to
intensive eating disorder treatment*. Dissertation York University.
- *Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension
des écrits.

disorders: implication for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(3), 186-191.

Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Dunod.

Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.

*Castro-Fornieles, J., Casula, V., Saura, V., Martinez, E., Lasaro, L., Vila, M., Plana, M. T., & Toro, J. (2007). Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 40, 129-135.

Chabrol, H. (2004). *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris : Belin.

Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Approche systémique intégrée*. Dunod.

Cooper, H. (1998). *Synthesizing research. A Guide for Literature review*. Third Edition. Allied Social Research Methods Series, Volume 2.

*Dean, H., Touyz, S., Rieger, E., & Thornton, Ch. (2008). Group motivational

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: a preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 16, 256–267.

Dumas, J. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : De Boeck & Larcier. Dunn, Ch., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.

Feld, R., Woodside, B. D., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P., & Carter, J. C. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 393-400.

*Fernandez, L., & Cano, R. (2003). Attitudes towards change in eating disorders (ACTA). Development and Psychometric Properties. *Actas Esp Psiquiatr*, 31(3), 111-119.

Geller, J. (2002). What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflexions and responses. *European Eating Disorder Review*, 10, 155-160.

*Geller, J. (2006). Mechanisms of action in the process of change: helping eating disorders clients make meaningful shifts in their lives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 225-237.

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

*Geller, J., Brown, K., Zaitsof, Sh., Menna, R., Bates, M., & Dunn, E. (2008). Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychological Assessment*, 20(1), 63-69.

Geller, J., Cassin, S., Brown, K., Srikameswaran, S. (2009). Factors Associated with Improvements in Readiness for Change: Low vs. Normal BMI Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* , 42 (1), 40–46

Geller, J., Drab-Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., & Srikameswaran, S. (2004). Readiness to change dietary restriction predicts outcomes in the eating disorders. *Eating Disorders*, 12 (3), 209-224.

George, L., Thornton, Ch., Touyz, S. W., Waller, G., & Beumont, P. (2004). Motivational enhancement and schema-focused cognitive behavior therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist*, 8(2),81-85.

*Goldstein, M., Peters, L., Baillie, A., McVeagh, P., Minshall, G., & Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 29-38.

*Gowers, S., & Smyth, B. (2004). The impact of a motivational assessment interview on

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 87-93.

*Gusella, J., Bird, D., & Butler, G. (2003). Tipping the scales: is decision making related to readiness to change in girls with eating disorders? *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 12(4), 110-112.

*Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: its application to group therapy. *European Eating Disorders Review*. 11, 58-71.

*Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 67-72.

*Heinmaa, M. (2005). *Psychological clustering and motivation to change in adolescent anorexia nervosa*. Thèse de doctorat à University of Guelph.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Hughes, E. (2012). Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist*, 16, 15–24

Jeammet, Ph. (2004). *Anorexie, boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Pluriel.

*Jordan, P., Redding, C., Troop, N., Treasure, J., & Serpell, L. (2003). Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eating Behaviour*, 3, 365-385.

Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating with eating disorders: a review of patient and clinician variables. *Canadian Journal of Psychiatry*. 44, 665-670.

Keel, P., & Haedt, A. (2008). Evidence – based psychological treatment for eating problems and eating disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 39–61.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Dare, Ch. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*. The Guilford press.

*Long, C., & Hollin, C. (1995). Assessment and management of eating disordered patients who over-exercise: a four-year follow-up of six single case studies. *Journal of Mental Health*, 4, 309-316.

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

Marcelli, D & Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*, 6-ème édition.
Paris : Masson.

*McHugh, M. D. (2007). Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 602-612.

*McVey, P., (2009). *Readiness to change in acute phase adolescent anorexia nervosa*.
Thèse de doctorat Fielding Graduate University.

Miljkovitch, R., & Lajudie, M. (2003). *Psychopathologie : l'enfant et l'adolescent*.
Armand Colin.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. InterEdition.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140.

Munos, P., Quintana, J. M., Las Hayas, C., Padierna, A., Aguirre, U., & Gonzales-Torres, A. (2012). Quality of life and motivation to change in eating disorders. Perception patient–psychiatrist. *Eating Behaviors*, 13, 131–134.

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

Naar- King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. The Guilford Press.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy*. Dorsey Professional books.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In :
Narcross, J., & Goldfried, M. R. *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147-171) 2nd ed. NY. Oxford University Press.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change.
Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

*Reiger, E., & Touyz, S. (2006). An investigation of the factorial structure of motivation to recover in anorexia nervosa using the anorexia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 14, 269-275.

*Reiger, E., Touyz, S., & Beumont, P. (2002). The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): information regarding its psychometric properties. *Journal of Eating Disorders*, 32, 24-38.

*Reiger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., Kohn, M., &

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

- Griffiths, R. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387-396.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1482–1489.
- Russell, G. F. M. (1991). Métamorphose de l'anorexie nerveuse et implication pour la prévention des troubles du comportement alimentaire. In : J.L. Venisse. *Les nouvelles addictions (pp. 57-64)*. Masson.
- Russell, G. F. M., Szukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047–1056.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 261-272.
- *Serrano, E., Castro, J., Amettler, L., Martinez, E., & Toro, J. (2004). Validity of a

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

measure of readiness to recover in spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 91-99.

*Touyz, S., Thornton, Ch., Rieger, E., George, L., & Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 12, 65-71.

Treasure, J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331-337.

Treasure, J., Lopez, C., & Macdonald, P. (2011). Eating disorders. In Naar- King, S., & Suarez, M. *Motivational interviewing with adolescents and young adults* (pp. 127-134). The Guilford Press.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Motivational interviewing in the management of eating disorders. In: Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems* (pp. 194-224) The Guilford Press. New York. London.

*Wade, T., Frayne, A., Edwards, S-A., Robertson, Th., & Glichrist, P. (2009).

Les références précédées d'un astérisque indiquent des études provenant de la recension des écrits.

Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implication for treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (3), 235-243.

*Willinge, A., Touyz, S., & Thornton, C. (2010). An evaluation of the effectiveness and short-term stability of an innovative Australian day patient programme for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 220-233.

*Zaitsof, Sh., & Taylor, A. (2009). Factors related to motivation for change in adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 227-233.

Appendice A

Tableau 1
Distribution des articles par thème (objectif) et selon les variables étudiées

Thème (objectif)	Instrument de mesure ou variable	Etude	N total de l'étude	% adolescentes avec anorexie
Validation d'instruments	ANSOCQ	Reiger et al., 2000	71	Inconnu
		Reiger et al., 2002	44	Inconnu
		Reiger et al., 2006	115	Inconnu
		Serrano et al., 2004	70	100%
	EDSOCQ	Heinmaa, 2005	162	62%
	MSCARED	Gusella, Butler et Nichols, 2003	34	44%
	RMI	Geller et al., 2008	65	30%
Capacité prédictive de la variable motivationnelle sur ...	ACTA	Fernandez et Cano, 2003	186	Inconnu
		Stages of Change	Jordan et al., 2003	278
	Déresse psychologique	Heinmaa, 2005	162	62%
		McHugh, 2007	65	100%
	Evolution du TCA	Gowers et Smyth, 2004	42	100%
		Wade et al., 2009	47	23%
		McHugh, 2007	65	100%
Durée de l'hospitalisation	McHugh, 2007	65	100%	
Besoin d'hospitalisation	Ametller et al., 2005	70	100%	
Maintien du poids	Castro-Fornieles et al., 2007	49	100%	
Capacité de la personnalité borderline et de la perception de la cohésion familiale à prédire le niveau de préparation au changement		McVey, 2009	27	100%
Corrélation de la variable motivation avec ...	Déresse psychologique	Zaitsoff et Taylor, 2009	54	38%
		Évolution du TCA	Zaitsoff et Taylor, 2009	54
	Perception de la relation avec les parents	Goldstein et al., 2011	28	100%
		Zaitsoff et Taylor, 2009	54	38%
	Balance décisionnelle	Gusella, Bird et Butler, 2003	35	54%
	Processus de changement	Blake, 1997	109	Inconnu
Efficacité de l'EM sur	Amélioration de la motivation et	Hasler et al., 2004	88	Inconnu
		Évolution du TCA	Gowers et Smyth, 2004	42
	Évolution du TCA	Wade et al., 2009 (étude avec groupe contrôle)	47	23%
Dean et al., 2008 (étude avec groupe contrôle)		42	Inconnu	

ANSOCQ-Anorexia nervosa stages of change questionnaire; ACTA - Attitudes towards change questionnaire; EDSOCQ- Eating disorders stages of change questionnaire; EM-Entretien motivationnel; MSCARED- Motivational Stages of change for adolescent recovering from eating disorder; RMI- Readiness and motivation interview; TCA- trouble du comportement alimentaire

Tableau 2

Pourcentage d'adolescentes atteintes d'anorexie dans les dix études sur l'application de l'EM

n	Étude	N total de l'étude	% adolescentes avec anorexie
1	Dean et al., 2008	42	Inconnu
2	Geller, 2006	3	66%
3	Geller et al., 2008	65	30%
4	Goldstein et al., 2011	28	100%
5	Gowers et Smyth, 2004	42	100%
6	Gusella, Bird et Butler, 2003	35	54%
7	Long et Hollin, 1995	6	Inconnu
8	Touyz et al., 2003	Article théorique	
9	Wade et al., 2009	47	23%
10	Willinge et al., 2010	58	inconnu
Total		326	37%