



Étude comparative des caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et
familiales visant à établir si les anorexiques prépubères se distinguent des
adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques

par
Isabelle Thibault

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
Maîtrise en psychoéducation

Mai 2009

© Isabelle Thibault, 2009



Faculté d'éducation

Étude comparative des caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales visant à établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques

Isabelle Thibault

évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Présidente du jury

Michèle Déry

_____ Directeur de recherche

Robert Pauzé

_____ Autre membre du jury

Pierrette Verlaan

Mémoire accepté le 16 juin 2009

Étude comparative des caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales
visant à établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques
restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques

Isabelle Thibault

Mai 2009

RESUME

L'objectif de cette étude est de comparer les caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales afin d'établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques. Pour ce faire, nous avons effectué une étude de cas. Notre échantillon est constitué de trois anorexiques prépubères, de trois adolescentes anorexiques restrictives et de trois adolescentes anorexiques boulimiques. Dans cette étude de cas, nous avons utilisé plusieurs instruments de mesure reconnus pour leurs qualités psychométriques. À partir des résultats obtenus, nous avons effectué des analyses de tendance. Selon les résultats obtenus, les anorexiques prépubères semblent se distinguer des anorexiques restrictives et des anorexiques boulimiques sur le plan de la sévérité de leurs désordres alimentaires et de leur profil psychologique général. En outre, les mères des anorexiques prépubères semblent présenter davantage de détresse psychologique que les mères des anorexiques restrictives et des anorexiques boulimiques.

Mots clés : anorexie prépubère, anorexie restrictive, anorexie boulimique, caractéristiques alimentaires, caractéristiques personnelles, caractéristiques sociales, caractéristiques familiales

SOMMAIRE

Les auteurs qualifient l'anorexie mentale de poursuite acharnée de la minceur (Gilchrist, Ben-Tovim, Hay, Kalucy et Walker, 1998; Fairburn et Harrison, 2003). Plus précisément, cette maladie consiste en un refus de maintenir un poids corporel approprié en regard du genre, de l'âge et de la taille. Pour ce faire, les anorexiques sautent des repas et/ou s'imposent des restrictions alimentaires sévères (Gilchrist et al., 1998; Szabo, 1998). Selon Szabo (1998), l'anorexie est également marquée par la distorsion de l'image corporelle et la peur de grossir qui sont exacerbées par la perte de poids.

En 2003, l'incidence de l'anorexie se situait à 19 femmes et 2 hommes anorexiques par 100 000 habitants par année (Fairburn et Harrison, 2003). Sur le plan de la prévalence, les données récentes indiquent que cette maladie affecte de 0,1 % à 1 % des adolescents et des jeunes adultes (Alvin, 2001; Bergh, Brodin, Lindberg et Södersten, 2002; Bulik, 2002; Fairburn et Harrison, 2003; Lewinshon et al., 2004 dans Chabrol, 2004). L'anorexie se retrouve principalement chez les adolescents de 14 à 19 ans (Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar et Lock, 2003) et le ratio pour le sexe est évalué à 9-10 filles pour 1 garçon (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist et al., 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry, Corcos, Guilbaud et Jeammet, 2002).

Selon l'American Psychiatric Association (2004), il y aurait deux sous-types d'anorexie, soit le sous-type restrictif et le sous-type boulimique. Les deux sous-types sont caractérisés par des conduites alimentaires restrictives. Les anorexiques restrictives ne manifestent toutefois pas de comportements boulimiques ou purgatifs alors que les anorexiques boulimiques présentent des crises de boulimie suivies de vomissements et/ou de l'utilisation de purgatifs sur une base régulière (American Psychiatric Association, 2004). Il est largement reconnu dans la littérature que ces

deux sous-types se distinguent également sur plusieurs autres variables (Wilfley, Bishop, Wilson et Agras, 2007).

Outre ces deux sous-types, nous assistons actuellement à l'émergence d'un nouveau phénomène, soit le développement de l'anorexie chez les enfants prépubères (Lask et Bryant-Waugh, 1992; Walford et McCune, 1991; Matsumoto, Takei, Kawai, Saito, Kachi, Ohasi, Takeuchi et Mori, 2001). Actuellement, la proportion des cas d'anorexie mentale touchant les enfants prépubères est évaluée à environ 5% (Mouren-Simeoni, Fontanon, Bouvard, et Dugas, 1997; Nielsen, Lausch et Thomsen, 1997). La proportion de garçons serait plus élevée chez les anorexiques prépubères; elle se situerait entre 19% et 42% selon les études (Cook-Darzens, 2002).

Selon Cook-Darzens (2002), l'incidence de l'anorexie prépubère semble augmenter avec les années. Cette problématique demeure encore peu explorée et très peu d'études s'y sont attardées. Or, il apparaît que l'anorexie prépubère présente certains liens de parenté avec l'anorexie restrictive et l'anorexie boulimique, mais que ces troubles se distinguent sur certains aspects, ce qui pourrait nous amener à conclure qu'il s'agirait d'un sous-type distinct.

L'objectif de cette étude est de comparer les caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales afin d'établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques.

Pour ce faire, nous avons effectué une étude de cas. Notre échantillon est constitué de trois anorexiques prépubères, de trois adolescentes anorexiques restrictives et de trois adolescentes anorexiques boulimiques. Les sujets de cette étude sont tirés de la banque de données de Pauzé (2009). Celle-ci est constituée de tous les cas référés à la Clinique des troubles alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) depuis juin 2006.

Dans cette étude de cas, nous avons utilisé plusieurs instruments de mesure qui sont tous reconnus pour leurs qualités psychométriques. À partir des résultats obtenus par les sujets et leurs parents aux sous-échelles des instruments, nous avons effectué des analyses de tendance. Cela nous a permis d'identifier les variables sur lesquelles les anorexiques prépubères semblent se distinguer des anorexiques restrictives ou des anorexiques boulimiques.

Selon les résultats obtenus, les anorexiques prépubères semblent se distinguer des anorexiques restrictives et des anorexiques boulimiques sur le plan de la sévérité de leurs désordres alimentaires et de leur profil psychologique général. En outre, les mères des anorexiques prépubères semblent présenter davantage de détresse psychologique que les mères des anorexiques restrictives et des anorexiques boulimiques.

Cette étude de cas nous permet de conclure que l'anorexie prépubère semble pouvoir réellement être considéré comme une entité distincte. Toutefois, nos résultats nous amène à poser différentes hypothèses. Tout d'abord, l'anorexie prépubère est peut-être une forme moins sévère du trouble. Mais le fait qu'elle soit considérée comme plus difficile à traiter (Cook-Darzens, 2002) nous amène à penser que le développement cognitif des sujets prépubères limite peut-être leur capacité à reconnaître leurs difficultés. Dans un autre ordre d'idées, l'anorexie prépubère est peut-être liée à des facteurs différents de ceux qui sont généralement liés à l'anorexie à l'adolescence. Parmi ceux-ci, nous proposons les problèmes de santé mentale des parents.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	21
PREMIER CHAPITRE - PROBLEMATIQUE	23
1. DEFINITION DE L'ANOREXIE MENTALE, PREVALENCE ET EVOLUTION DU TROUBLE ..	23
2. MODELE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE	26
3. LES SOUS-TYPES D'ANOREXIE MENTALE	28
3.1 Caractéristiques personnelles	29
3.2 Psychopathologies	30
3.3 Évènements traumatiques.....	31
3.4 Caractéristiques familiales	31
4. L'ANOREXIE PREPUBERE	32
4.1 Définition, prévalence et conséquences de l'anorexie prépubère	33
4.2 Degré de parenté entre l'anorexie prépubère, restrictive et boulimique	34
5. QUESTION DE RECENSION	345
DEUXIEME CHAPITRE - RECENSION DES ECRITS	37
1- STRATEGIE DE RECENSION DES ECRITS	37
2. ÉTUDES EMPIRIQUES	39
2.1 Caractéristiques des études empiriques recensées.....	40
2.2 Résultats des études empiriques	41
2.2.1 Traits cliniques de la maladie chez les anorexiques prépubères	41
2.2.2 Facteurs prédisposants	412
2.2.3 Facteurs précipitants.....	413
2.2.4 Facteurs psychologiques	413
2.2.5 Psychopathologies	414
2.2.6 Facteurs familiaux	415
2.2.7 Facteurs socioéconomiques.....	417

2.3 Tableau récapitulatif des différences observées entre les anorexiques prépubères et postpubères	47
2.4 Limites des études empiriques	49
3. ÉTUDES DE CAS	53
3.1 Étude d'Alessi, Krahn, Brehm et Wittekindt (1989).....	53
3.1.1 Objectifs de l'étude et instruments de mesure utilisés.....	53
3.1.2 Traits cliniques de la maladie.....	53
3.1.3 Psychopathologies	54
3.1.4 Facteurs familiaux	54
3.1.5 Facteurs socioéconomiques.....	54
3.2 Étude de Hickie et Mitchell (1989)	54
3.2.1 Objectifs de l'étude et instruments de mesure utilisés.....	54
3.2.2 Traits cliniques de la maladie.....	55
3.2.3 Facteurs familiaux	55
3.2.4 Facteurs sociaux	55
3.3 Étude de Nielsen, Lausch et Thomsen (1997).....	555
3.3.1 Objectifs de l'étude et instruments de mesure utilisés.....	55
3.3.2 Traits cliniques de la maladie.....	56
3.3.3 Facteurs psychologiques	56
3.3.4 Facteurs familiaux	57
3.3.5 Facteurs sociaux	57
3.4 Étude de Walford et McCune (1991)	57
3.4.1 Objectifs de l'étude et instruments de mesure utilisés.....	57
3.4.2 Traits cliniques de la maladie.....	58
3.4.3 Psychopathologies.....	58
3.5 Critique des études de cas	58
4. OBJECTIF DE L'ETUDE	60

TROISIEME CHAPITRE - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	61
1. DEVIS DE RECHERCHE	61
2. COMPOSITION DE L'ECHANTILLON	65
3. CRITERES DE SELECTION DES SUJETS.....	65
4. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	66
5. PROCEDURES D'EVALUATION DES SUJETS	70
6. VARIABLES A L'ETUDE ET DESCRIPTION DES INSTRUMENTS UTILISES.....	71
6.1 Caractéristiques socioéconomiques.....	71
6.1.1 Composition et stabilité de la maisonnée	71
6.1.2 Situation socioéconomique	72
6.2 Caractéristiques alimentaires et personnelles des sujets	72
6.2.1 Désordres alimentaires et ajustement psychologique.....	72
6.2.2 Alexithymie.....	74
6.2.3 Estime de soi	76
6.2.4 Sentiments dépressifs	77
6.2.5 Idéations suicidaires	78
6.2.6 Abus sexuel	78
6.2.7 Consommation d'alcool et de drogues.....	78
6.2.8 Comportements autodestructeurs	79
6.3 Caractéristiques sociales des sujets	80
6.3.1 Attachement aux amis et aux parents.....	80
6.3.2 Temps partagé	81
6.3.3 Densité et diversité du réseau social	81
6.4 Caractéristiques personnelles des parents des sujets.....	81
6.4.1 Détresse psychologique.....	81
6.5 Caractéristiques familiales	83
6.5.1 Fonctionnement familial	83
6.5.2 Exposition aux conflits conjugaux	84
6.5.3 Expression des émotions dans la famille.....	85
6.5.4 Qualité de la relation des parents à l'égard de leur enfant.....	87

7. PROCEDURES D'ANALYSE DES DONNEES	88
QUATRIEME CHAPITRE - PRESENTATION DES RÉSULTATS	89
1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	89
1.1 Caractéristiques alimentaires des sujets	89
1.1.1 Désordres alimentaires et ajustement psychologique.....	89
1.2 Caractéristiques personnelles des sujets.....	92
1.2.1 Ajustement psychologique	92
1.2.2 Alexithymie	95
1.2.3 Estime de soi	96
1.2.4 Sentiments dépressifs	96
1.2.5 Idéations suicidaires	97
1.2.6 Abus sexuel	98
1.3 Caractéristiques sociales des sujets	98
1.3.1 Attachement aux amis	99
1.3.2 Temps partagé	99
1.3.3 Densité et diversité du réseau social	100
1.4 Caractéristiques personnelles des parents	102
1.4.1 Détresse psychologique.....	102
1.5 Caractéristiques familiales	103
1.5.1 Fonctionnement familial	103
1.5.2 Exposition aux conflits conjugaux	108
1.5.3 Expression des émotions dans la famille.....	109
1.5.4 Attachement aux parents	110
1.5.5 Qualité de la relation des parents à l'égard de leur enfant	112
1.6 Conclusion.....	113
2. DISCUSSION.....	115
3. LIMITES DE L'ETUDE.....	121

CONCLUSION	123
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	125
ANNEXE A – CARTES CONCEPTUELLES DE PAUZE (2007)	135
ANNEXE B - TABLEAUX DE RECENSION DES ETUDES EMPIRIQUES	141
ANNEXE C - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	153
ANNEXE D - VARIABLES EVALUEES ET INSTRUMENTS DE MESURE UTILISES	159

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Tableau récapitulatif des différences observées entre les anorexiques prépubères et postpubères	48
Tableau 2 - Scores obtenus (en centile) aux sous-échelles des désordres alimentaires (Garner, 2004) pour l'ensemble des sujets.....	90
Tableau 3 - Scores obtenus (en centile) aux sous-échelles de l'ajustement psychologique (Garner, 2004) pour l'ensemble des sujets	93
Tableau 4 - Scores bruts obtenus à l'échelle d'alexithymie (Taylor et al., 1992) pour l'ensemble des sujets.....	95
Tableau 5 - Scores bruts obtenus à l'échelle d'estime de soi (Hudson, 1982) pour l'ensemble des sujets.....	96
Tableau 6 - Scores bruts obtenus à l'échelle de dépression (Beck et al., 1996) pour l'ensemble des sujets.....	97
Tableau 7 - Présence d'idéations suicidaires (Breton et coll., 1997) pour chacun l'ensemble des sujets.....	97
Tableau 8 - Présence d'abus sexuels (Everson et al., 1989) pour l'ensemble des sujets	98
Tableau 9 - Scores bruts obtenus aux sous-échelles de l'attachement face aux amis (Armsden et Greenberg, 1987) pour l'ensemble des sujets	99
Tableau 10 - Scores obtenus aux sous-échelles du temps partagé (Cochran et Bo, 1989) avec les amis pour l'ensemble des sujets.....	100
Tableau 11 - Scores obtenus aux sous-échelles de densité et de diversité du réseau social de soutien (Desmarais et al., 1982) pour l'ensemble des sujets	101
Tableau 12 - Scores moyens d'Indice de détresse psychologique (Préville et al., 1992) pour les mères de l'ensemble des sujets.....	102
Tableau 13 - Scores moyens d'Indice de détresse psychologique (Préville et al., 1992) pour les pères de l'ensemble des sujets.....	103
Tableau 14 - Scores obtenus (en centile) par les jeunes aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets.....	105

Tableau 15 - Scores obtenus (en centile) par les mères aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets.....	106
Tableau 16 - Scores obtenus (en centile) par les pères aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets.....	107
Tableau 17 - Scores bruts des sujets pour l'exposition aux conflits conjugaux (Grych et al., 1992) pour l'ensemble des sujets	108
Tableau 18 - Scores bruts des parents pour l'exposition aux conflits conjugaux (Grych et al., 1992) pour l'ensemble des sujets.....	108
Tableau 19 - Scores moyens obtenus par les sujets à l'expression des émotions (Halberstadt et al., 1995) dans la famille pour l'ensemble des sujets	109
Tableau 20 - Scores moyens et les moyennes obtenus par les mères et les pères à l'expression des émotions (Halberstadt et al., 1995) dans la famille pour l'ensemble des sujets	110
Tableau 21 - Scores bruts obtenus par les sujets aux sous-échelles de l'attachement face au père (Halberstadt et al., 1995) pour l'ensemble des sujets	111
Tableau 22 - Scores bruts obtenus par les sujets aux sous-échelles de l'attachement face à la mère (Armsden et Greenberg, 1987) pour l'ensemble des sujets	112
Tableau 23 - Scores bruts obtenus par les mères et les pères à l'échelle de qualité de la relation avec l'enfant (Hudson, 1982) pour l'ensemble des sujets	112
Tableau 24 - Tableau de recension de l'étude d'Arnou, Sanders et Steiner (1999).	143
Tableau 25 - Tableau de recension de l'étude de Bryant-Waugh, Hankins, Shafran, Lask et Fosson (1996).....	144
Tableau 26 - Tableau de recension de l'étude de Gordon, Lask, Bryant-Waugh, Christie et Timimi (1997).....	145
Tableau 27 - Tableau de recension de l'étude de Gowers, Crisp, Joughin et Bhat (1991)	146
Tableau 28 - Tableau de recension de l'étude de Higgs, Goodyer et Birch (1989)..	147
Tableau 29 - Tableau de recension de l'étude de Jacobs et Isaacs (1986).....	148

Tableau 30 - Tableau de recension de l'étude de Matsumoto, Takei, Kawai, Saito, Kachi, Ohashi, Takeuchi et Mori (2001)	149
Tableau 31 - Tableau de recension de l'étude de Mouren-Simboni, Fontanon, Bouvard et Dugas (1993)	150
Tableau 32 - Tableau de recension de l'étude de Watkins, Sutton et Lask (2001)...	151
Tableau 33 - Sexe, âge, poids, taille, imc, et âge auquel les préoccupations alimentaires ont débuté pour l'ensemble des sujets	155
Tableau 34 - Composition de la maisonnée pour l'ensemble des sujets.....	156
Tableau 35 - Stabilité de la maisonnée au cours de la dernière année pour l'ensemble des sujets	156
Tableau 36 - Stabilité de la maisonnée au cours de la vie du sujet pour l'ensemble des sujets.....	157
Tableau 37 - Statut socio-économique de la famille pour l'ensemble des sujets.....	157
Tableau 38 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour la description de l'échantillon.....	161
Tableau 39 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques alimentaires des sujets.....	161
Tableau 40 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques personnelles des sujets	162
Tableau 41 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques sociales des sujets.....	163
Tableau 42 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques personnelles des parents des sujets.....	163
Tableau 43 - Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques familiales des sujets.....	164

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Facteurs associés à l'anorexie mentale selon Garner et al. (1993, 2004)...	27
Figure 2 - Scores T moyens de chaque sous-groupe obtenus à la sous-échelle risque total de désordres alimentaires	91
Figure 3 - Scores T moyens de chaque sous-groupe obtenus à la sous-échelle manque d'ajustement sur le plan psychologique	94
Figure 4 - Facteurs prédisposants de l'anorexie mentale (Pauzé, 2007).....	137
Figure 5 - Facteurs précipitants de l'anorexie mentale	138
Figure 6 - Facteurs de maintien de l'anorexie mentale	139

REMERCIEMENTS

Ma décision d'effectuer une maîtrise de type recherche a été principalement motivée par mon désir de travailler avec monsieur Robert Pauzé. Cette expérience m'a permis de profiter de l'expertise de cet homme remarquable. Je désire le remercier sincèrement pour sa disponibilité, son encadrement, son honnêteté et sa grande humilité. Ses conseils, son expérience et son assistance m'ont permis d'acquérir de multiples connaissances et je lui en suis vraiment reconnaissante.

Je remercie également madame Michèle Déry pour son soutien, ses conseils et son expertise. Elle a largement contribué à la qualité de ce mémoire. Dans le même ordre d'idées, je remercie madame Pierrette Verlaan qui a accepté de me faire profiter de son expertise.

Ce mémoire occupe une grande place dans ma vie depuis deux ans. Je remercie mes proches pour le soutien qu'ils m'ont apporté pendant cette période. Plus précisément, je remercie mes parents qui m'ont toujours encouragé à faire ce que j'aimais et à le faire de mon mieux. Grâce à vous, je termine aujourd'hui un diplôme universitaire de deuxième cycle. Je remercie également ma grande amie Sabrina qui me comprend toujours si bien et qui est toujours disponible pour m'offrir son soutien. De même, je remercie Cristelle, une amie incomparable qui sait toujours bien me conseiller.

Enfin, je remercie le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) pour leur soutien financier. De même, je tiens à remercier tous les parents et enfants ayant participé à cette étude.

PREMIER CHAPITRE

PROBLEMATIQUE

Ce projet de recherche vise à comparer, sur la base de leurs caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales, un échantillon d'anorexiques prépubères à un échantillon d'adolescentes anorexiques restrictives et à un autre d'adolescentes anorexiques boulimiques afin d'établir dans quelle mesure les caractéristiques du premier échantillon se distinguent de celles des deux autres.

Ce premier chapitre a pour objectif de situer le contexte dans lequel s'inscrit notre question de recherche. Pour ce faire, nous présenterons d'abord la définition de l'anorexie mentale ainsi que la prévalence et l'évolution de ce trouble. Ensuite, nous proposerons un modèle explicatif de l'anorexie mentale. Puis, nous porterons notre attention sur les caractéristiques des deux sous-types d'anorexie reconnus, soit l'anorexie restrictive et l'anorexie boulimique, ainsi que sur l'émergence d'un nouveau phénomène, soit le développement de l'anorexie chez les enfants prépubères. Cela nous permettra de nous interroger sur le degré de parenté entre l'anorexie prépubère et les deux autres types d'anorexie. En guise de conclusion, nous présenterons notre question de recension des écrits.

1. DEFINITION DE L'ANOREXIE MENTALE, PREVALENCE ET EVOLUTION DU TROUBLE

L'anorexie mentale est principalement caractérisée par une poursuite acharnée de la minceur (Gilchrist et al., 1998; Fairburn et Harrison, 2003). Cette maladie consiste en un refus de maintenir un poids corporel approprié en regard du genre, de l'âge et de la taille. Cela survient dans un contexte où la personne saute des repas et/ou s'impose des restrictions alimentaires sévères au niveau de la quantité et du type de nourriture ingérée (Gilchrist et al., 1998; Szabo, 1998), ce qui produit une importante émaciation (Kaye, Strober, Stein et Gemdall, 1999). L'anorexie est

également marquée par la distorsion de l'image corporelle et par la peur de grossir qui sont exacerbées par la perte de poids (Szabo, 1998).

Quatre critères sont utilisés pour établir la présence d'un diagnostic d'anorexie mentale: 1- le refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien d'un poids inférieur à 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids lors de la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu), 2- une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale, 3- une altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou un déni de la gravité de la maigreur actuelle, 4- chez les femmes postpubères, une aménorrhée, c'est-à-dire l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (American Psychiatric Association, 2004).

Sur le plan de l'incidence, des données publiées par la Canadian Paediatric Society indiquent une augmentation dramatique de cette maladie au cours des 30 dernières années (1998, dans Shaffer, Wood et Willoughby, 2002). Cette incidence se situait à 19 femmes et 2 hommes anorexiques par 100 000 habitants par année en 2003 (Fairburn et Harrison, 2003). Sur le plan de la prévalence, les données récentes indiquent que cette maladie se situe entre 0,1 % à 1 % chez les adolescents et les jeunes adultes (Alvin, 2001; Bergh et al., 2002; Bulik, 2002; Fairburn et Harrison, 2003; Lewinshon et al., 2004 dans Chabrol, 2004). L'anorexie se retrouve principalement chez les adolescents de 14 à 19 ans, à une période marquée par de nombreux changements sur le plan biologique, psychologique, scolaire et social (Steiner et al., 2003). Cette maladie touche plus particulièrement les filles. En fait, le ratio des personnes anorexiques est évalué à 9-10 filles pour 1 garçon (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist et al., 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry et al., 2002).

Outre sa prévalence élevée, la nature potentiellement létale et invalidante de ce trouble alimentaire affecte autant le développement global des adolescentes que celui de leur famille (Cook-Darzens, 2002). Dans les faits, le taux de recouvrement des désordres alimentaires est d'environ 65% chez les adolescentes anorexiques. Or, il apparaît qu'entre 20% et 30% des adolescentes qui retrouvent un poids normal continuent de présenter des difficultés d'ajustement importantes sur les plans psychologique et social (Patton, Coffey et Sawyer, 2003; Steinhausen, 2002; Strober, Freeman et Morrell, 1997). De plus, 25% d'entre elles développeraient un problème chronique (Bergh et al., 2002) comportant le plus fréquemment les symptômes suivants : préoccupation excessive pour l'alimentation, la silhouette et le poids, périodes d'hyperphagie et développement d'une boulimie dans la moitié des cas (Fairburn et Harrison, 2003). Enfin, environ 10% des patientes anorexiques en meurent (Quadflieg et Fichter, 2003). La mortalité est, dans la plupart des cas, reliée aux restrictions alimentaires ou au suicide (Fairburn et Harrison, 2003; Gilchrist et al., 1998).

Il est reconnu que les anorexiques présentent généralement une faible estime d'elles-mêmes (Bruch, 1979; Fairburn et Harrison, 2003; Pauzé et Charbouillot, 2001; Steiner et al., 2003). Cela se manifeste par le fait qu'elles ne sont pas capables de prendre des décisions, de faire confiance à leurs propres expériences (Bruch, 1979; Pauzé et Charbouillot, 2001) et qu'elles se sentent inférieures aux autres (Garner et Garfinkel, 1985). Selon Bruch (1979), elles auraient le sentiment d'être incompetentes et inefficaces dans leurs performances personnelles et sociales, car elles considèreraient ne pas avoir le physique adéquat. Pour compenser, elles chercheraient tout simplement à éviter le contact avec les personnes extérieures ou à correspondre à une image parfaite (Bruch, 1979). Ceci constituerait une source de motivation importante dans la décision d'entreprendre une diète (Cash et al., 1995, Hawkins et al., 1984, Rodin et al., 1985, Tiggemann et al., 1994, Van Strien et al., 1989, dans Bulik, 2002).

Les auteurs constatent que certaines caractéristiques sont propres à l'ensemble des anorexiques. Par exemple, elles feraient du déni et ne reconnaîtraient pas le sérieux de leur maladie (Szabo, 1998). Aussi, chez plusieurs, la perte de poids serait supportée par une personnalité rigide, compétitive et par le désir de se punir (Fairburn et Harrison, 2003). Dans l'esprit d'une anorexique, le surpoids signifierait ne pas être suffisamment bonne, alors que la minceur serait synonyme d'être meilleure (Gilchrist et al., 1998). Lorsqu'elles commencent à perdre du poids, les adolescentes se sentiraient un peu plus spéciales, car elles arrivent à s'imposer une discipline de vie que tous n'atteignent pas. Cependant, elles auraient peur de perdre ce contrôle. Elles adopteraient alors des routines autour des repas afin d'écarter le plaisir de manger et ainsi réussir à garder le contrôle (Gilchrist et al., 1998). En outre, il a été constaté que plus la perte de poids est sévère, plus la personne anorexique aurait tendance à souffrir d'isolement social (Fairburn et Harrison, 2003).

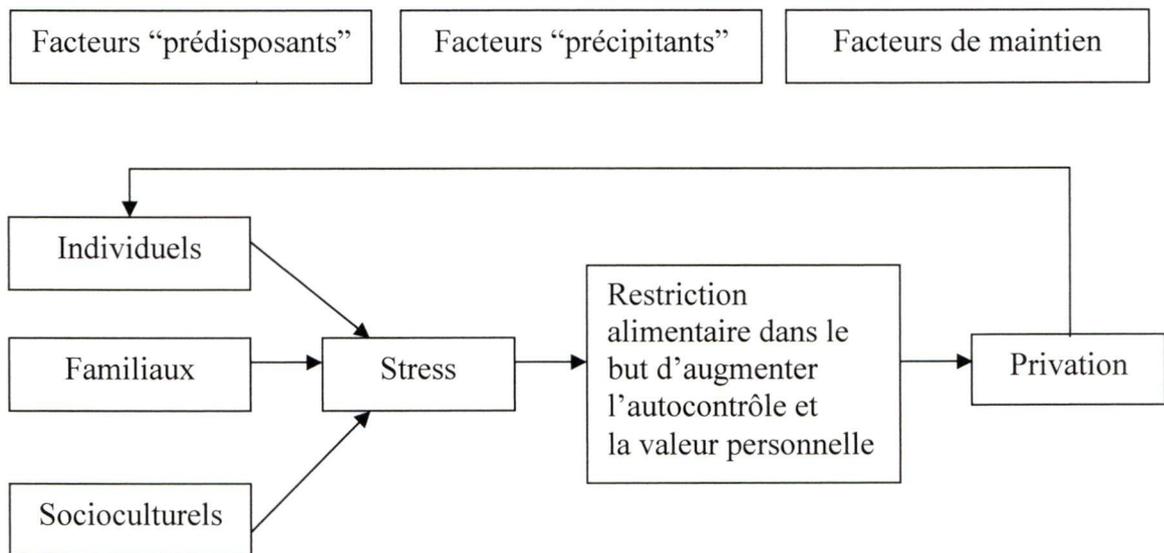
En résumé, l'anorexie mentale apparaît comme un trouble sérieux affectant majoritairement les adolescentes de 14 à 19 ans et pouvant avoir des conséquences létales. Or, les impacts de ce trouble se situent également dans les sphères personnelles, familiales et sociales. De plus, malgré un rétablissement, plusieurs anorexiques continuent de présenter des difficultés de fonctionnement majeures dans ces sphères. Afin de mieux comprendre ce trouble complexe, un cadre théorique s'avère nécessaire.

2. MODELE EXPLICATIF DE L'ANOREXIE MENTALE

En consultant la littérature traitant de l'anorexie mentale, il apparaît clair qu'un consensus est présent entre les chercheurs sur le fait que l'anorexie serait une maladie multidéterminée (Chabrol, 2004; Steiner et al., 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Bulik, 2002; Watkins et Lask, 2002; Szabo, 1998). En fait, ce trouble résulterait de la combinaison de trois catégories de facteurs de risque, soit des facteurs prédisposants, des facteurs précipitants et des facteurs de maintien (Garner,

Garner et Rosen, 1993, Garner 2004). Le schéma suivant permet d'illustrer l'interaction entre ces trois catégories de facteurs tel que proposé par Garner et al. (1993, 2004).

Figure 1
Facteurs associés à l'anorexie mentale selon Garner et al. (1993, 2004)



En lien avec le cadre théorique proposé par Garner et al. (1993, 2004), Pauzé (2007) a effectué une importante recension des écrits afin d'identifier les principaux facteurs prédisposants, précipitants et de maintien reconnus dans la littérature. Les cartes conceptuelles présentées à l'annexe A illustrent les résultats de cette recension des écrits et permettent d'avoir une vue d'ensemble de ces facteurs. Il semble toutefois que certains de ces facteurs soient davantage liés à certains sous-types d'anorexie.

3. LES SOUS-TYPES D'ANOREXIE MENTALE

Selon l'American Psychiatric Association (2004), il y aurait deux sous-types d'anorexie, soit le sous-type restrictif et le sous-type boulimique. Ces catégories sont apparues dans la quatrième version du DSM. Elles ont été construites sur la base d'observations qui rendaient compte de certaines distinctions comportementales et de différences au niveau des facteurs associés chez ces deux sous-types d'anorexie (Wilfley et al., 2007).

Dans les faits, bien que les deux sous-types soient caractérisés par des conduites alimentaires restrictives, les anorexiques restrictives ne manifestent pas de comportements boulimiques ou purgatifs alors que les anorexiques boulimiques présentent des crises de boulimie suivies de vomissements et/ou de l'utilisation de purgatifs sur une base régulière (American Psychiatric Association, 2004). Outre cette différence, ces deux sous-types se distingueraient sur plusieurs autres facettes.

En ce sens, bien que la littérature concernant ces différences observées ne soit pas toujours consensuelle, la majorité des auteurs s'entendent sur certaines distinctions. Nous présentons donc dans cette section les différences majeures recensées entre les anorexiques restrictives et boulimiques au niveau des caractéristiques personnelles, des psychopathologies, des événements traumatiques et des caractéristiques familiales. Nous nous sommes centrés sur les études dont les échantillons étaient composés majoritairement d'adolescents. Toutefois, plusieurs comportaient également des adultes. Cela s'explique principalement par le fait que les anorexiques restrictives seraient plus jeunes et auraient tendance à avoir des troubles de plus courte durée que les anorexiques boulimiques (Da Costa et Halmi, 1992 dans Eddy, Keel, Dorer, Delinsky, Franko et Herzog, 2002). De plus, selon la dernière version du DSM (2000 dans Eddy et al., 2002), plusieurs anorexiques restrictives deviendraient des anorexiques boulimiques lorsqu'elles sont suivies sur une longue période de temps.

3.1 Caractéristiques personnelles

Sur le plan des caractéristiques personnelles, il appert que les anorexiques boulimiques auraient un désir de minceur plus important, seraient plus perfectionnistes et auraient une plus faible introspection (reconnaissance des émotions) que les anorexiques restrictives (Mizuta, Inoue, Fukunaga, Ishi, Ogawa, Takeda, 2002 ; Oliosi et Dalle Grave, 2003). De même, les anorexiques boulimiques feraient davantage preuve d'ascétisme et vivraient plus d'insécurité au plan social (Mizuta et al., 2002). En outre, le trouble aurait une durée plus importante pour ce sous-type (Garner et al., 1993 ; Oliosi et Dalle Grave, 2003). Enfin, il apparaît que les anorexiques boulimiques seraient plus difficiles à soigner que les anorexiques restrictives (Bruch, 1979; Bulik et al., 1999, dans Garner, 2004; Herzog et al., 1996, dans Szabo, 1998).

Par ailleurs, les anorexiques restrictives seraient significativement plus jeunes au début de la maladie et auraient un indice de masse corporel significativement plus faible à ce moment que les anorexiques boulimiques (Godart, Berthoz, Rein, Perdereau, Lang, Venisse, Halfon, Bizouard, Loas, Corcos, Jeammet, Flament et Curt, 2006; Garner et al., 1993 ; Oliosi et Dalle Grave, 2003). De même, il est largement reconnu dans la littérature que les anorexiques de type restrictif auraient davantage une personnalité obsessionnelle (Szabo, 1998) alors que celles de type boulimique auraient un tempérament plus impulsif (American Psychiatric Association, 1994; DaCosta et Halmi, 1991; Gordon et al., 2005 dans Mitchell et Peterson, 2005; Mizuta et al., 2002; Szabo, 1998). L'impulsivité serait davantage spécifique aux anorexiques boulimiques. En effet, selon l'étude de Favaro et ses collègues (2005), près de 62% des anorexiques restrictives ne présenteraient pas de comportement impulsif.

Les sous-types se distingueraient également au niveau du tempérament. Dans les faits, il semble que les anorexiques boulimiques se sentiraient plus fréquemment

en perte de contrôle que les restrictives (Oliosi et Dalle Grave, 2003). De même, les anorexiques boulimiques se caractériseraient davantage par la recherche de nouveauté et feraient preuve de plus de coopération que les restrictives (Fassino, Abbate Daga, Pierò, Leombruni et Rovera, 2001).

Finalement, il semble que les anorexiques boulimiques seraient plus labiles et plus nombreuses à présenter une histoire prémorbide d'obésité personnelle ou maternelle (American Psychiatric Association, 1994; DaCosta et Halmi, 1991; DaCosta et Halmi, 1990 dans Wilson et Walsh, 1991). D'ailleurs, elles se percevraient comme étant significativement plus troublées psychologiquement et en détresse qu'un groupe contrôle (Casper et Troiani, 2000; Wilfley et al., 2007). Cette détresse atteindrait principalement l'expression de leurs émotions, leur engagement et leur capacité de contrôle (Casper et Troiani, 2000).

3.2 Psychopathologies

Il est généralement reconnu dans la littérature que près de 50% des anorexiques restrictives présenteraient aussi un autre trouble mental appartenant à l'axe 1 du DSM. Le plus commun de ces troubles serait la personnalité évitante. Chez les anorexiques boulimiques, 71% présenteraient un autre trouble mental et le trouble le plus commun serait la personnalité limite (Diaz Marsa et al., 2000 dans Pearlstein, 2002). Il semble également que la dépression majeure serait régulièrement présente chez les anorexiques, plus particulièrement chez le sous-type boulimique. En effet, de 15% à 50% des restrictives présenteraient un trouble dépressif, alors que la prévalence de ce trouble se situerait entre 46% et 80% chez les anorexiques boulimiques (Casper, 1998 dans Pearlstein, 2002).

De même, tant les anorexiques restrictives que boulimiques présenteraient des obsessions et des compulsions. Or, ces comportements seraient de nature plus agressive et impulsive chez les anorexiques boulimiques (Matusnaga et al., 1999 dans

Pearlstein, 2002). En fait, les problématiques de nature impulsive seraient liées spécifiquement aux anorexiques boulimiques. Les anorexiques de ce sous-type seraient donc plus à risque de présenter fréquemment des problématiques telles l'abus de substances, les vols, les tentatives de suicide ou l'automutilation (American Psychiatric Association, 1994; Bellodi et al., 2001, Braun et al, 1994, DaCosta et Halmi, 1991, Deep et al., 1995, Garner et al., 1993; Gordon et al., 2005 dans Mitchell et Peterson, 2005; Herzog et al., 1999, Iwasaki et al., 2000 dans Pearlstein, 2002; Mizuta et al., 2002 ; Pryor, Wiederman et McGilley, 1995).

Enfin, les parents d'anorexiques boulimiques présenteraient plus souvent une histoire de problèmes de santé mentale que les parents des anorexiques restrictives (American Psychiatric Association, 1994; DaCosta et Halmi, 1991).

3.3 Évènements traumatiques

Sur le plan des événements traumatiques associés, il ressort que près du tiers (35%) des anorexiques boulimiques auraient vécu un abus sexuel, alors que ce serait le cas pour environ 7% des anorexiques restrictives (Nagata, Kaye, Kiriike, Rao, McConaha, et Plotnicov, 2001).

3.4 Caractéristiques familiales

Selon les écrits recensés, les anorexiques restrictives percevraient leur famille comme étant plus cohésive et flexible que les anorexiques boulimiques. De plus, la communication mère-enfant serait meilleure dans les familles d'anorexiques restrictives comparativement aux familles d'anorexiques boulimiques. En outre, il appert que le fonctionnement familial des anorexiques boulimiques présenterait davantage de lacunes et serait plus conflictuel et dysfonctionnel que celui des anorexiques restrictives (Casper et Troiani, 2000; Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel et Katz, 1999; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik,

Tocilj, 2005). Cela concernerait principalement l'accomplissement des tâches, la communication et l'expression des émotions. Cependant, les familles des anorexiques restrictives présenteraient tout de même un fonctionnement plus altéré qu'un groupe contrôle (Casper et Troiani, 2000).

Au niveau du contrôle parental et de la soumission à ce dernier, Wonderlich et Swift (1990) identifient qu'il n'y aurait pas de différence entre les deux sous-types d'anorexie en regard de la perception de l'autorité maternelle. Toutefois, les anorexiques boulimiques seraient plus hostiles envers leurs parents et ceux-ci seraient plus agressifs verbalement qu'un groupe contrôle (Wonderlich et Swift, 1990).

Globalement, bien que les anorexiques restrictives présentent des difficultés majeures à plusieurs niveaux, cette section permet de conclure que les anorexiques boulimiques ont un portrait clinique plus sévère sur divers aspects. En effet, les boulimiques présenteraient plus de vulnérabilités personnelles et seraient plus difficiles à traiter que les restrictives. De plus, elles seraient plus impulsives et adopteraient davantage de comportements dangereux tels l'abus de substances, l'automutilation et les tentatives de suicide. En outre, davantage d'anorexiques boulimiques présenteraient un diagnostic de dépression. Enfin, les anorexiques boulimiques proviendraient de familles dont le fonctionnement est plus problématique que les anorexiques restrictives.

4. L'ANOREXIE PREPUBERE

Outre l'anorexie restrictive et boulimique, nous assistons actuellement à l'émergence d'un nouveau phénomène, soit le développement de l'anorexie chez les enfants prépubères (Lask et Bryant-Waugh, 1992; Walford et McCune, 1991; Matsumoto et al., 2001). Cette section présente globalement ce trouble. Pour ce faire, nous définirons premièrement l'anorexie prépubère et présenterons la prévalence

ainsi que les conséquences de ce trouble. Puis, nous discuterons de la question du degré de parenté entre l'anorexie prépubère et l'anorexie restrictive ou boulimique.

4.1 Définition, prévalence et conséquences de l'anorexie prépubère

La plupart des auteurs identifient cette conduite chez les enfants prépubères par le terme anorexie prépubère. Cette forme d'anorexie se caractérise par l'apparition du trouble en l'absence de signes de développement pubertaire (Mouren-Simeoni et al., 1993).

Actuellement, la proportion des cas d'anorexie mentale touchant les enfants prépubères est évaluée à environ 5% de tous les cas d'anorexie (Mouren-Simeoni et al., 1997; Nielsen et al., 1997). La proportion de garçons serait plus élevée chez les anorexiques prépubères; elle se situerait entre 19% et 42% selon les études (Cook-Darzens, 2002).

L'anorexie prépubère inquiète d'une part pour ses importantes conséquences néfastes sur la croissance de ces enfants (Watkins et Lask, 2002) et, d'autre part, pour son mauvais pronostic (Bryant-Waugh, Knibbs, Fosson, Kaminski et Lask, 1988, Mouren-Simeoni et al., 1993). Selon les auteurs, de 30% à 58% des anorexiques prépubères auraient un bon pronostic, de 6% à 33% un pronostic intermédiaire et de 14% à 39% un mauvais pronostic (Bryant-Waugh, Hankins, Shafran, Lask et Fosson, 1996; Bryant-Waugh et Lask, 1995; Hsu, 1996; Walford et McCune, 1991). En outre, le taux de mortalité chez les anorexiques prépubères varierait entre 0% et 18% (Walford et McCune, 1991). Le pronostic des anorexiques prépubères serait donc tout aussi inquiétant et peu favorable que celui des anorexiques postpubères. De plus, il semblerait que près de 33% des d'anorexiques prépubères n'auraient toujours pas de menstruations à l'âge de 15 ans et que 33% seraient sujettes à développer d'autres troubles mentaux (Walford et McCune, 1991).

4.2 Degré de parenté entre l'anorexie prépubère, restrictive et boulimique

Actuellement, certains traits semblent distinguer les anorexiques prépubères des adolescentes anorexiques restrictives ou boulimiques. En effet, l'anorexie chez les prépubères se caractérise également par un refus de maintenir un poids corporel minimal à 85% du poids normal selon l'âge et la taille et par une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse (Cook-Darzens, 2002). Or, chez les enfants, certains traits tels la distorsion de l'image corporelle et les cognitions associées n'apparaissent pas au premier plan comme chez les adolescents (Mouren-Simeoni et al., 1993; Nielsen et al., 1997; Watkins et Lask, 2002). De même, la prépondérance féminine est moins nette chez les anorexiques prépubères. En outre, un refus d'hydratation est fréquemment observé (Cook-Darzens, 2002). Enfin, Lask et Bryant-Waugh (1992) mentionnent que dans les cas d'anorexie prépubère, les critères diagnostiques en eux-mêmes posent problème et que l'immaturation physique et psychologique des enfants modifie souvent les traits cliniques de l'anorexie.

Ces quelques distinctions entre les anorexiques prépubères et postpubères posent la question du degré de parenté entre ces troubles. En ce sens, Cook-Darzens (2002) mentionne que les conclusions des auteurs au niveau de la spécificité de l'anorexie prépubère par rapport à l'anorexie postpubère permettent de constater que ces troubles sont proches, mais non identiques. D'ailleurs, plusieurs auteurs se demandent même s'il ne faudrait pas considérer l'anorexie prépubère comme un nouveau sous-type d'anorexie (Cook-Darzens, 2002).

5. QUESTION DE RECENSION

Face à ces observations, il apparaît pertinent de se questionner sur la spécificité de l'anorexie prépubère face aux deux formes reconnues d'anorexie. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons procédé à une recension des écrits ciblant les études descriptives de l'anorexie prépubère et les études comparatives

portant sur les caractéristiques des anorexiques prépubères par rapport à celles des anorexiques restrictives et boulimiques. Tel sera l'objet du prochain chapitre.

DEUXIEME CHAPITRE

RECENSION DES ECRITS

Cette section vise à présenter les résultats de notre recension des écrits concernant les caractéristiques de l'anorexie prépubère. Ce chapitre est divisé en quatre sections. Dans l'ordre, nous présenterons notre stratégie de recension des écrits. Par la suite, nous présenterons les résultats des études empiriques recensées. Suivra la présentation des études de cas recensées et de l'objectif de notre étude.

1- STRATEGIE DE RECENSION DES ECRITS

De nombreuses banques de données ont été consultées en septembre 2007, octobre 2007 et novembre 2008 pour effectuer notre recension des écrits. Nous avons travaillé avec le serveur *EBSCOhost*. Son utilisation a permis d'effectuer simultanément la recherche documentaire dans les banques de données qui suivent: *Academic Search Complete, Eric, Medline with Full Text, PsycArticles, Psychology and Behavioral Science Collection* et *PsycInfo*.

La méthode de recherche a consisté en l'association de deux catégories de mots clés. La première est relative au trouble qui est l'objet de la présente étude et comprend un seul mot-clef: *anorexia*. La seconde catégorie concerne le groupe à l'étude et inclut les mots-clefs suivants: *prepubertal, pre-pubertal, early onset, premenarcheal, childhood onset, preadolescence* et *pre-adolescence*. Comme le travail de recherche documentaire a été effectué simultanément dans plusieurs banques de données, les mêmes textes pouvaient apparaître plusieurs fois.

Afin de ne retenir que les textes les plus pertinents, nous avons effectué plusieurs étapes de sélection. La première a été effectuée sur la seule base des titres. De cette façon, les textes espagnols et les études sur les animaux présentant des

dysfonctions alimentaires étaient rejetés. Cela a permis de retenir environ 190 articles.

Dans un deuxième temps, nous avons consulté les résumés des textes. Nous n'avons retenu que les articles traitant précisément de l'anorexie prépubère. Les articles retenus devaient donc porter, en partie ou en totalité, sur un échantillon d'anorexiques prépubères. Les articles traitant des troubles alimentaires de la première enfance (pica, mérycisme, etc.), de la malnutrition, des traitements, des complications médicales, de l'obésité, ou encore les études portant sur des adultes ou des adolescentes ainsi que celles portant sur la distinction entre l'anorexie, les troubles de l'humeur et les troubles obsessionnels-compulsifs ont été exclus à cette étape. Il en fut de même pour les thèses car ce type d'ouvrage n'a pas nécessairement fait l'objet d'évaluation par les pairs. Ce processus a permis d'obtenir 37 articles.

D'autres critères d'exclusion ont également été considérés. Ainsi, les textes portant sur la boulimie (Kent, Lacey et McCluskey, 1992), sur l'expérience des parents (Cottee-Lane, Pistrang et Bryant-Waugh, 2004), sur les compétences diagnostiques des pédiatres (Bryant-Waugh, Lask, Shafran et Fosson, 1991; Cooper, Watkins, Bryant-Waugh et Lask, 2002) ou encore les articles comportant peu d'information spécifique sur l'anorexie prépubère (Chatoor et Surles, 2004) ont été rejetés. De même, les études portant uniquement ou majoritairement sur une population adolescente (Abbate-Daga, Piero, Rigardetto, Gandione, Gramaglia et Fassino, 2007; Jarman, Rickards et Hudson, 1991; Lask, Bryant-Waugh, Wright, Campbell, Willoughby et Waller, 2005; Lee, H., Lee, P., Pathy et Chan, 2005; Nicholls, Wells, Singhal et Stanhope, 2002) ou de jeunes adultes (Schmidt, Troop et Treasure, 1997) et celles ne concernant pas spécifiquement les anorexiques prépubères (Swenne et Thurfell, 2003; Watkins, Willoughby, Waller, Sperll et Lask, 2002) ont été écartées. Enfin, les textes portant sur le taux de mortalité (Hewitt, Coren et Steel, 2001) ont été mis de côté.

Ce processus de sélection a permis de retenir 24 écrits au total. De ce nombre, 5 ont été exclus suite à une première lecture. En effet, ces textes concernaient la phobie de déglutition (Bailly, Chouly de Lenclave, Dhaussy, Baert et Turck, 2002), les effets des diètes chez les enfants (De Castro et Goldstein, 1995), l'âge d'apparition des menstruations (Rozé, Doyent, Le Heuzeyt, Armoogum, Mourent et Léger, 2007), ou encore, ils ne traitaient pas spécifiquement d'anorexie prépubère (Hsu, 1996) ou d'anorexie (Sands, Tricker, Sherman, Armatas et Maschette, 1996). Enfin, les revues de la littérature (Bryant-Waugh et Lask, 1995; Lask, Waugh et Gordon, 1997; Lask et Bryant-Waugh, 1992; Olivry et Corcos, 1999; Wakins et Lask, 2002) et une monographie (Lask et Bryant-Waugh, 2007) ont été consultées mais ne font pas partie de la recension des écrits.

Ce long processus a permis de s'assurer que toute la documentation pertinente pour cette recension des écrits était retenue. Finalement, quatre études de cas (Alessi, Krahn, Brehm et Wittekindt, 1989; Hickie et Mitchell, 1989; Nielsen et al., 1997; Walford, et McCune, 1991) et neuf études empiriques portant sur les caractéristiques des anorexiques prépubères ont été retenues (Arnou, Sanders et Steiner, 1999; Bryant-Waugh et al., 1996; Gordon, Lask, Bryant-Waugh, Christie et Timimi, 1997; Gowers, Crisp, Joughin et Bhat, 1991; Higgs, Goodyer et Birch, 1989; Jacobs et Isaacs, 1986; Matsumoto et al., 2001; Mouren-Simeoni et al., 1993; Watkins, Sutton et Lask, 2001). Dans les pages qui suivent nous présentons d'abord les résultats des études empiriques, puis les études de cas.

2. ETUDES EMPIRIQUES

Cette section porte sur la description des études empiriques retenues ainsi que sur leurs résultats et limites. Pour ce faire, nous traiterons en premier lieu des caractéristiques des études empiriques recensées. Ensuite, nous présenterons les principaux résultats de ces études sous les rubriques suivantes: traits cliniques de la maladie, facteurs prédisposants, facteurs précipitants, facteurs psychologiques,

psychopathologies associée, facteurs familiaux et facteurs socioéconomiques. Puis, nous exposerons un tableau récapitulatif des principales caractéristiques recensées. Enfin, nous nous attarderons aux limites des études empiriques recensées.

2.1 Caractéristiques des études empiriques recensées

Neuf études empiriques portant sur les caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales de l'anorexie prépubère ont été retenues. Parmi ces études empiriques, trois ont pour objectif de comparer des groupes d'anorexiques prépubères à des groupes d'anorexiques postpubères (Arnou et al., 1999; Gowers et al., 1991; Matsumoto et al., 2001), trois portent uniquement sur des échantillons de sujets anorexiques à début précoce (Bryant-Waugh et al., 1996; Gordon et al., 1997; Mouren-Simeoni et al., 1993) et une vise à comparer entre eux des enfants anorexiques, des enfants avec un évitement alimentaire et des enfants présentant un trouble émotionnel (Higgs et al., 1989). En outre, une étude a pour objectif de comparer des anorexiques prépubères à des anorexiques postpubères et à des enfants prépubères ayant un autre trouble psychiatrique (Jacobs et Isaacs, 1986). Quant à la dernière étude recensée, elle traite d'anorexiques postpubères et d'enfants prépubères ayant un trouble alimentaire (Watkins et al., 2001). Enfin, aucune des études empiriques recensées porte sur la distinction entre les anorexiques prépubères et les anorexiques postpubères restrictives ou boulimiques. En effet, le processus de recherche documentaire n'a pas permis de retracer de recherches traitant de cet aspect.

Les études empiriques recensées sont présentées sous forme de tableaux à l'annexe B. Sont présentés dans ces tableaux, les noms des auteurs, le type d'étude, la description de l'échantillon, le diagnostic et la classification des sujets, les instruments de mesure utilisés, les variables évaluées, les résultats obtenus ainsi que les limites de l'étude.

2.2 Résultats des études empiriques

2.2.1 Traits cliniques de la maladie chez les anorexiques prépubères

En ce qui concerne le poids, il appert que significativement plus d'anorexiques précoces que d'anorexiques à début tardif présenteraient un poids extrêmement faible au moment de l'évaluation (Matsumoto et al., 2001). Effectivement, la perte de poids des enfants anorexiques oscillerait de 20% à plus de 25% (Jacobs et Isaacs, 1986; Mouren-Simeoni et al., 1993) et 50% des sujets prépubères seraient émaciés (Bryant-Waugh et al., 1996).

Quant à la distorsion de l'image corporelle, certaines études concluent qu'elle n'apparaîtrait pas au premier plan chez les sujets prépubères, alors que cette dimension caractérise les anorexiques postpubères (Mouren-Simeoni et al., 1993). Selon l'étude de Bryant-Waugh et al. (1996), elle toucherait néanmoins 77,3% des anorexiques prépubères. Pour ce qui est de l'hyperactivité physique, elle serait présente chez 46% des sujets prépubères, mais de façon moins importante que chez les anorexiques postpubères (Jacobs et Isaacs, 1986; Mouren-Simeoni et al., 1993). L'exercice excessif ne serait cependant pas pratiqué de façon différente entre les groupes à début précoce et ceux à début tardif et serait présent chez 44,6% des anorexiques à début précoce (Bryant-Waugh et al., 1996; Matsumoto et al., 2001)

Au niveau des comportements alimentaires, Arnou et al. (1999) spécifient qu'ils seraient significativement plus perturbés chez les anorexiques prépubères que chez les postpubères. En ce sens, le refus de la nourriture serait la caractéristique clinique la plus commune chez les sujets prépubères (Bryant-Waugh et al., 1996) et 38% des sujets prépubères refuseraient également de s'hydrater (Mouren-Simeoni et al., 1993). En ce qui a trait aux calories ingérées, aucune différence ne serait observée entre les groupes d'anorexiques à début précoce et à début tardif (Matsumoto et al., 2001). Néanmoins, l'étude de Gowers et al. (1991) met en lumière que les prépubères feraient moins de jeûnes, de diètes végétariennes et auraient moins de comportements

boulimiques que les anorexiques postpubères. De même, un consensus est présent relativement à ce dernier trait. En effet, les anorexiques prépubères démontreraient significativement moins de comportements boulimiques que les anorexiques postpubères (Arnow et al., 1999). Enfin, les postpubères auraient plus de difficultés que les prépubères à manger en public et seraient plus réfractaires à manger des aliments gras (Gowers et al., 1991).

En ce qui concerne les vomissements et l'usage de laxatifs, les résultats d'une seule étude permettent de conclure qu'il n'y aurait pas de différence entre les sujets prépubères et postpubères (Gowers et al., 1991). Or, la majorité des auteurs recensés mentionnent plutôt que ces aspects seraient significativement moins présents chez les sujets précoces que chez les sujets à début tardif (Jacobs et Isaacs, 1986; Matsumoto et al., 2001). La prévalence pour les vomissements serait entre 15% et 18,2% chez les prépubères (Bryant-Waugh et al., 1996; Mouren-Simeoni et al., 1993), alors que celle pour l'usage de laxatifs oscillerait entre 0% et 4,5% (Bryant-Waugh et al., 1996; Mouren-Simeoni et al., 1993).

Enfin, aucune différence n'a été identifiée entre les anorexiques prépubères et postpubères au niveau de la chronicité du trouble (Arnow et al., 1999). Par ailleurs, davantage de sujets prépubères auraient consulté un pédiatre avant leur référence pour trouble alimentaire (Jacobs et Isaacs, 1986) et leur trouble aurait duré environ deux fois plus longtemps avant l'admission dans un programme de soins que les postpubères (Jacobs et Isaacs, 1986).

2.2.2 Facteurs prédisposants

Parmi les études recensées, aucune identifie spécifiquement les facteurs à l'origine du développement de l'anorexie prépubère. Certains chercheurs portent cependant leur attention sur les aspects développementaux des anorexiques prépubères.

Ainsi, sur le plan développemental, Watkins et al. (2001) notent que les anorexiques (moyenne d'âge de 14,7 ans) et les enfants souffrant de troubles alimentaires (moyenne d'âge de 11,8 ans) sont plus à risque d'avoir souffert d'une maladie physique prémorbide qu'un groupe témoin (adultes). Quant à Higgs et al. (1989), ils observent que les enfants anorexiques ne se distinguent pas de ceux présentant un évitement alimentaire ou un trouble émotionnel au niveau des caractéristiques obstétriques, périnatales ou développementales.

2.2.3 Facteurs précipitants

Malgré la rareté des informations concernant spécifiquement les origines de la pathologie, deux études identifient des facteurs précipitants. Ainsi, selon Mouren-Simeoni et al. (1993), les facteurs de stress (décès, déménagements, etc.) contribueraient au développement du trouble pour 61,5% des anorexiques prépubères. En ce sens, Gowers et al. (1991) identifient que le facteur précipitant le plus important de l'anorexie prépubère serait la puberté. Cependant, les auteurs ne mentionnent pas s'il s'agit de l'anticipation ou de l'arrivée des premiers signes de la puberté.

2.2.4 Facteurs psychologiques

Les études recensées ont permis de faire ressortir certaines caractéristiques psychologiques des anorexiques prépubères. La principale étude concernant cet aspect est celle d'Arnold et al. (1999). À la lumière des résultats obtenus, ces derniers concluent que l'anorexie prépubère serait une forme similaire, mais plus sévère, du trouble retrouvé chez les sujets postpubères et adultes. Parmi les traits psychologiques associés, il est observé que comparativement aux anorexiques postpubères, les prépubères présenteraient une perception d'indépendance et de confiance en soi accrue, une tendance à utiliser des défenses matures ainsi qu'une tendance à présenter une pseudo-maturité. En outre, les anorexiques prépubères présenteraient des scores

significativement plus faibles que les sujets postpubères pour les échelles d'incompétence, d'introspection et de méfiance envers les autres. De même, les prépubères présenteraient un désir d'acceptation sociale plus important que les postpubères (Arnou et al., 1999). Une autre étude a établi que 68% des cas prépubères auraient des relations difficiles avec les pairs (Jacobs et Isaacs, 1986). Néanmoins, les anorexiques prépubères auraient une meilleure adaptation psychosociale que les anorexiques postpubères (Gowers et al., 1991).

Sur le plan de leur adaptation personnelle, Mouren-Simeoni et al. (1993) notent que 46% des sujets prépubères présenteraient une symptomatologie phobo-obsessionnelle prémorbide. Dans le même ordre d'idées, Higgs et al. (1989) concluent que davantage d'enfants anorexiques présenteraient des traits obsessionnels comparativement aux enfants présentant un évitement alimentaire ou un trouble émotionnel. Enfin, les anorexiques prépubères présenteraient davantage de difficultés comportementales que les postpubères et auraient plus fréquemment des difficultés d'ordre alimentaire lors de l'enfance qu'un groupe contrôle de sujets ayant d'autres troubles psychiatriques apparié pour l'âge aux prépubères (Jacobs et Isaacs, 1986).

Enfin, les résultats de certaines études au sujet de l'adaptation psychosexuelle ont permis de mettre en évidence que cet aspect serait similaire pour les anorexiques prépubères, les anorexiques postpubères appariées aux prépubères pour l'âge et les anorexiques postpubères (Gowers et al., 1991). En outre, selon Jacobs et Isaacs (1986), il n'y aurait pas de différence au plan de l'anxiété sexuelle entre les sujets prépubères et postpubères.

2.2.5 Psychopathologies

Selon l'étude d'Arnou et al. (1999), les anorexiques prépubères et postpubères ne présentent pas de différence au niveau des mesures de dépression et d'anxiété. Certaines études ont néanmoins permis d'établir que 85% des sujets

prépubères présenteraient une symptomatologie dépressive au cours de l'évolution de leur trouble (Mouren-Simeoni et al., 1993). Quant à Bryant-Waugh et al. (1996), ils ont identifié qu'au moment de la prise des mesures, 44,6% des sujets prépubères de leur échantillon étaient dépressifs. Les idéations et les comportements suicidaires font également partie des pathologies cooccurrentes à l'anorexie. Ainsi, selon Bryant-Waugh et al. (1996), 27,1% des sujets à début précoce présenteraient des idéations suicidaires et 13,6% auraient des comportements suicidaires. Cependant, selon l'étude de Jacobs et Isaacs (1986), il n'y aurait pas de différence entre les prépubères et les postpubères au plan de la prévalence des automutilations et du suicide.

2.2.6 Facteurs familiaux

Selon les études recensées, les cas d'anorexie prépubère présenteraient davantage d'historique familial de troubles alimentaires que les sujets postpubères ou ayant un autre trouble psychiatrique (Jacobs et Isaacs, 1986). À cet égard, on note que 46% des mères de sujets prépubères présenteraient elles-mêmes des difficultés alimentaires (Mouren-Simeoni et al., 1993).

En ce qui concerne la composition familiale, on note que davantage d'anorexiques prépubères vivent avec leurs deux parents comparativement aux anorexiques postpubères (Gowers et al., 1991). Par ailleurs, Jacobs et Isaacs (1986) notent qu'il n'y a pas de différence entre ces deux sous-groupes au niveau du nombre d'enfants dans les familles. De même, aucune distinction entre les anorexiques prépubères et postpubères ne serait observée au plan de l'ordre dans la fratrie (Gowers et al., 1991). Aussi, il n'existerait pas de différence entre les sujets présentant une anorexie, un évitement alimentaire ou un trouble émotionnel au niveau de la taille de la famille, de la présence de beaux-parents dans la famille ou de plusieurs générations vivant sous un même toit (Higgs et al., 1989).

Dans un autre ordre d'idées, les anorexiques prépubères et postpubères présenteraient davantage d'historique familial de troubles psychiatriques comparativement à un groupe témoin de prépubères ayant d'autres troubles psychiatriques et appariés pour l'âge aux prépubères. Ces historiques concerneraient principalement l'anxiété et la dépression (Jacobs et Isaacs, 1986). Mouren-Simeoni et al. (1993) précisent quant à eux que la dépression affecterait l'un des parents dans 54% des cas d'anorexie prépubère.

Aucun consensus n'a pu être dégagé en ce qui concerne la qualité des relations familiales. En effet, les résultats de certaines études mettent en lumière que les anorexiques prépubères auraient de meilleures relations avec leurs parents que les anorexiques postpubères et postpubères appariées pour l'âge aux prépubères au moment de l'évaluation (Gowers et al., 1991), alors que d'autres études n'identifient pas de différence entre ces deux groupes au niveau des perturbations familiales (Jacobs et Isaacs, 1986). Higgs et al. (1989) concluent que les enfants anorexiques proviennent de milieux où sont survenus davantage d'évènements affectant le fonctionnement familial comparativement aux enfants avec un évitement alimentaire ou un trouble émotionnel. Les familles des anorexiques prépubères seraient également davantage caractérisées par le surinvestissement parental, par les relations parent-enfant difficiles et par une présence plus importante de troubles mentaux au sein de la famille que les familles d'anorexiques postpubères et d'adolescentes postpubères présentant un autre trouble mental (Jacobs et Isaacs, 1986). Dans la même lignée, l'étude de Bryant-Waugh et al. (1996) permet d'apprendre que les désaccords dans les familles d'anorexiques à début précoce sont communs et que 64% de ces familles présenteraient plus de quatre caractéristiques adverses (luttres avec les parents, problèmes au niveau du contrôle, difficultés au plan du passage des enfants au monde adulte, surinvestissement et difficultés par rapport à l'indépendance).

2.2.7 Facteurs socioéconomiques

Un consensus au sujet des facteurs socioéconomiques associés peut être dégagé des études recensées. En effet, selon Gowers et al. (1991), les résultats concernant cette dimension sont similaires pour les groupes d'anorexiques prépubères et postpubères. De même, il y aurait significativement plus d'enfants anorexiques provenant de la classe moyenne que d'enfants présentant un évitement alimentaire ou un trouble émotionnel (Higgs et al., 1989).

2.3 Tableau récapitulatif des différences observées entre les anorexiques prépubères et postpubères

Le tableau qui suit présente une synthèse des résultats des études empiriques au niveau des principales différences recensées entre les anorexiques prépubères et postpubères. Le tableau permet de situer si les caractéristiques sont davantage présentes chez les anorexiques prépubères, chez les anorexiques postpubères ou encore si aucune différence n'est observée entre les anorexiques prépubères et postpubères. Le tableau présente les différences inhérentes aux traits cliniques, aux facteurs prédisposants, aux facteurs précipitants, aux facteurs psychologiques, aux psychopathologies, aux facteurs familiaux et aux facteurs socioéconomiques.

Tableau 1
Tableau récapitulatif des différences observées entre les anorexiques prépubères et postpubères

Caractéristiques associées	Caractéristiques davantage présentes chez les prépubères	Caractéristiques davantage présentes chez les postpubères	Aucune différence entre les prépubères et les postpubères
Traits cliniques	poids extrêmement faible, perturbation importante des comportements alimentaires, refus de la nourriture, présence prolongée du trouble avant l'admission dans un programme de soins	distorsion de l'image corporelle, hyperactivité physique, jeûnes et diètes végétariennes, comportements boulimiques, vomissements, usage de laxatifs, difficultés à manger en public, difficultés à manger des aliments gras	exercice excessif, calories ingérées
Facteurs prédisposants			X
Facteurs précipitants			X
Facteurs psychologiques	perceptions d'indépendance et de confiance en soi accrues, tendance à utiliser des défenses matures, tendance à présenter une pseudo-maturité, moins de sentiment d'incompétence, moins d'introspection, moins de méfiance envers les autres, désir d'acceptation sociale important, meilleure adaptation psychosociale		adaptation psychosexuelle
Psychopathologies			dépression, anxiété, automutilation, suicide
Facteurs familiaux	historique familial de troubles alimentaires, surinvestissement parental, relations parent-enfant difficiles, vivre avec ses deux parents		nombre d'enfants dans la famille, rang dans la fratrie, aucun consensus au niveau de la qualité des relations familiales
Facteurs socioéconomiques			X

2.4 LIMITES DES ETUDES EMPIRIQUES

En conclusion de cette recension des écrits, nous discuterons des principales limites et des lacunes méthodologiques des études recensées qui peuvent contribuer à restreindre la portée des conclusions de ces études.

En premier lieu, il est possible de constater que plusieurs études recensées sont de nature rétrospective (Bryant-Waugh et al., 1996; Higgs et al., 1989; Jacobs et Isaacs, 1986; Matsumoto et al., 2001; Watkins et al., 2001). Il s'agit donc d'une procédure relativement répandue dans le domaine de l'anorexie prépubère. Toutefois, ce type de procédure a comme principale limite de se baser sur la mémoire des sujets et leur réinterprétation de la réalité, et ce, quelques années après l'évènement. Il est donc possible que les informations colligées ne correspondent pas fidèlement à la réalité des sujets au moment où ils présentaient leur anorexie.

D'autres recherches portent essentiellement sur l'étude de dossiers (Gowers et al., 1991; Higgs et al., 1989; Jacobs et Isaacs, 1986; Mouren-Simeoni et al., 1993). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence, car la collecte de données à partir de dossiers médicaux comporte des lacunes au plan de la fidélité et de la validité. Cela signifie que certaines informations peuvent être absentes des dossiers, que les données sont souvent basées sur l'appréciation des cliniciens et qu'elles ne sont pas corrigées de façon rétrospective. Néanmoins, les dossiers médicaux doivent normalement correspondre aux standards de qualité élevés retrouvés dans ce type de services (Gowers et al., 1991). Malgré tout, ils comportent un nombre limité d'informations.

Une autre limite importante concerne l'hétérogénéité des échantillons étudiés sur le plan de l'étendue d'âge des sujets. Par exemple, l'étude de Gordon et al. (1997) comprend des sujets âgés entre 8 et 16 ans, celle de Bryant-Waugh et al. (1996) porte sur un échantillon dont les sujets ont entre 8 et 15,6 ans, alors que l'échantillon de

Matsumoto et al. (2001) comprend des sujets âgés entre 8 et 13 ans et que celui de Watkins et al. (2001) contient des sujets de 7 à 19 ans. Ces études avaient été retenues car les échantillons comportaient majoritairement des sujets prépubères. Toutefois, il est essentiel de ne pas négliger le fait qu'elles contiennent aussi certains sujets ne pouvant être considérés comme prépubères. Cet aspect limite la portée et la généralisation des résultats obtenus, car ceux-ci ne sont peut-être pas spécifiques aux anorexiques prépubères.

Par ailleurs, on note que certaines études (Arnou et al., 1999; Gordon et al., 1997) ont exclu les garçons. Cela représente un inconvénient important quant à la généralisation des résultats, car les garçons peuvent constituer jusqu'à 42% des cas d'anorexie prépubère (Cook-Darzens, 2002).

En ce qui concerne le diagnostic et la classification des sujets, cela est loin d'être uniforme entre les études. La limite la plus significative est certes la classification des sujets prépubères. En effet, certaines études (Arnou et al., 1999; Mouren-Simeoni et al., 1993; Watkins et al., 2001) utilisent les critères de Tanner qui sont très précis, reconnus dans le domaine médical et qui permettent une classification juste des sujets selon leur développement pubertaire (Tanner, Whitehouse et Takaishi, 1966). Cependant, la majorité des études ont eu recours à des méthodes qui semblent moins précises. Ainsi, Gowers et al. (1991), Higgs et al. (1989) et Jacobs et Isaacs (1986) ont utilisé respectivement les définitions suivantes: l'étape avant le début du développement des caractéristiques sexuelles secondaires, ne pas avoir complété le développement pubertaire et ne pas avoir développé de caractéristiques sexuelles liées à la puberté. Quant à Matsumoto et ses collaborateurs (2001), ils ont uniquement eu recours à un critère d'âge, c'est-à-dire que les sujets devaient avoir moins de 14 ans. Enfin, certains auteurs ne précisent pas de quelle façon ils ont classifié leurs sujets dans les groupes d'anorexiques prépubères ou ne donnent pas d'indication quant au stade de développement pubertaire de leurs sujets (Bryant-Waugh et al., 1996; Gordon et al., 1997).

Dans le même ordre d'idées, le diagnostic d'anorexie constitue également un élément lacunaire dans certaines études. En effet, il arrive que l'outil diagnostique de l'anorexie auquel les auteurs ont eu recours ne soit pas précisé (Bryant-Waugh et al., 1996; Watkins et al., 2001). Toutefois, certains auteurs ont utilisé le DSM (Arnou et al., 1999; Gordon et al., 1997; Matsumoto et al., 2001) ou une adaptation des critères développés par Morgan et Russell (Higgs et al., 1989; Jacobs et Isaacs, 1986). D'autres ont plutôt utilisé des critères moins fréquemment utilisés et moins précis. Par exemple, Gowers et al. (1991) ont eu recours aux critères de Crisp (1967, dans Gowers et al., 1991), critères qui s'apparentent à ceux de Morgan et Russell et qui correspondent à: évitement phobique d'un poids normal, aménorrhée, perte de 85% du poids, évitement alimentaire, usage de laxatifs et vomissements. Enfin, Mouren-Simeoni et al. (1993) ont utilisé les critères suivants afin de déterminer si les sujets étaient anorexiques: enfant présentant une perte substantielle de poids souvent accompagnée d'exercices excessifs et crainte morbide et exagérée de grossir.

Ces limites relevées tant au niveau de la classification de la prépuberté qu'à celui du diagnostic d'anorexie font en sorte que les résultats obtenus ne s'appliquent pas nécessairement aux anorexiques prépubères typiques. En outre, cela rend les études difficilement comparables entre elles. De plus, il devient difficile de statuer sur la validité des résultats car ceux-ci pourraient être attribuables au manque de précision dans la classification des sujets.

Par ailleurs, il est largement reconnu dans la littérature que l'anorexie est un trouble multidimensionnel (Chabrol, 2004; Steiner et al., 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Bulik, 2002; Watkins et Lask, 2002; Szabo, 1998). Or, la lecture des études sur la population anorexique prépubère permet de prendre conscience que très peu de variables associées ont été évaluées à ce jour. Certes, certains résultats présentés dans les études recensées (Arnou et al., 1999 ; Bryant-Waugh et al., 1996 ; Gordon et al., 1997; Gowers et al., 1991 ; Higgs et al., 1989; Jacobs et Isaacs, 1986 ; Mouren-Simeoni et al., 1993 ; Watkins et al., 2001) concernent les facteurs prédisposants et

précipitants de la pathologie, les facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et socioculturels associés, ainsi que les psychopathologies associées. Toutefois, ces résultats sont généraux, manquent de précision et les lacunes méthodologiques nommées précédemment limitent grandement la portée de ces résultats. Ainsi, la compréhension de l'anorexie prépubère demeure encore limitée puisque les modèles explicatifs du trouble chez les adolescents font appel à un nombre important de variables associées.

En outre, on ne peut passer sous silence le fait que plusieurs études portent sur des échantillons limités comportant parfois moins de 15 sujets (Arnow et al., 1999, Gordon et al., 1997 ; Mouren-Simeoni et al., 1993), ce qui réduit d'autant la puissance des analyses statistiques. La taille limitée des échantillons s'explique, en bonne partie, par la faible prévalence des jeunes présentant une anorexie prépubère. Par ailleurs, en privilégiant d'autres stratégies, il est possible d'effectuer sur de petits échantillons des recherches ayant une réelle valeur scientifique. L'étude de cas est certainement la méthode la plus appropriée dans de telles situations.

Enfin, il importe de préciser qu'aucune des études recensées n'apporte de spécification quant aux sous-types d'anorexie. Certes, certaines études ont été publiées avant la quatrième édition du DSM (Gowers et al., 1991 ; Higgs et al., 1989; Jacobs et Isaacs, 1986 ; Mouren-Simeoni et al., 1993). Il était donc possible qu'elles manquent de précision puisque les sous-types restrictif et boulimique n'étaient pas encore présents dans le DSM. Or, la majorité des études (Arnow et al., 1999 ; Bryant-Waugh et al., 1996 ; Gordon et al., 1997 ; Matsumoto et al., 2001 ; Watkins et al., 2001) ont été publiées après la parution de la quatrième version du DSM. Les chercheurs auraient donc dû considérer la question des sous-types. Ce manquement représente une limite importante dans la mesure où, selon le DSM IV, cela fait partie du processus diagnostique. Encore une fois, il est donc possible de constater que le diagnostic de l'ensemble des sujets contenus dans les études recensées manque de précision.

3. ETUDES DE CAS

Cette section présente les quatre études de cas retenues dans le cadre de la recension des écrits. Nous présenterons chacune de ces études en détaillant, dans l'ordre, l'objectif des auteurs, les instruments de mesure utilisés et les variables évaluées. Suivra une analyse critique de ces études.

3.1 Étude d'Alessi, Krahn, Brehm et Wittekindt (1989)

3.1.1 Objectifs et instruments de mesure utilisés

L'objectif de cette étude de cas était de documenter les troubles anorexique et dépressif chez une fillette de 9 ans ayant été référée pour une perte de 35% de son poids au cours des 2 derniers mois. Les instruments de mesure utilisés par les auteurs sont le *Children's Depression Rating Scale*, l'*Eating Attitude Test*, le *WISC-R* et le *Clinical Examination of Language Functioning* (Alessi et al., 1989).

3.1.2 Traits cliniques de la maladie

Dans ce cas, les principaux traits cliniques recensés seraient la peur intense de prendre du poids associée à une diminution drastique de l'ingestion de nourriture ainsi que les préoccupations croissantes au sujet d'un surpoids. Cette anorexique prépubère présenterait également une perte d'intérêt récente pour les activités et les amis, des difficultés de concentration et des idéations suicidaires. Quelques mois avant le diagnostic d'anorexie, un examen médical aurait révélé un changement au niveau du développement pubertaire de la fillette (passage du stade 1 de Tanner au stade 2). Quatre mois après cet examen, le sujet aurait décidé de débiter une diète. Les comportements suivants se seraient ensuite succédés: élimination progressive de l'ingestion de nourriture, apparition de comportements rituels autour des repas et de la nourriture et intérêt marqué pour les courses au supermarché et le contenu du

garde-manger et la cuisine. Les crises de boulimie, les vomissements et l'usage de laxatifs ou de diurétiques seraient absents (Alessi et al., 1989).

3.1.3 Psychopathologies

Plusieurs symptômes relatifs à la dépression auraient été constatés. Un diagnostic de dépression majeure selon les critères du DSM-III-R a été établi. La semaine précédant l'hospitalisation, le sujet aurait été déprimé, larmoyant et exprimant un désir de mettre fin à ses jours. Selon les auteurs, suite à la reprise de poids, le sujet avait cessé de présenter des traits cliniques dépressifs (Alessi et al., 1989).

3.1.4 Facteurs familiaux

Les parents seraient obsessionnels, perfectionnistes et suivraient fréquemment des diètes. La mère aurait plus particulièrement des préoccupations au sujet de son poids. La sœur aînée ne présenterait aucune difficulté alimentaire ou de comportements perfectionnistes (Alessi et al., 1989).

3.1.5 Facteurs socioéconomiques

Selon les auteurs, la famille de cette anorexique prépubère aurait un statut socioéconomique élevé (Alessi et al., 1989).

3.2 Étude de Hickie et Mitchell (1989)

3.2.1 Objectifs et instruments de mesure utilisés

Ces auteurs rapportent l'histoire d'un garçon de 11 ans présentant une anorexie nerveuse. Aucun instrument de mesure n'a été utilisé par les auteurs (Hickie et Mitchell, 1989).

3.2.2 Traits cliniques de la maladie

Cet enfant aurait commencé à perdre du poids en effectuant des restrictions alimentaires au niveau des sucreries et de l'exercice. Puis, il aurait débuté un entraînement excessif et aurait commencé à se faire vomir (Hickie et Mitchell, 1989).

3.2.3 Facteurs familiaux

Les auteurs rapportent que les parents se seraient séparés quelques mois avant l'apparition du trouble. La mère aurait quitté le domicile familial. Le jeune garçon rapporterait s'être senti abandonné par cette dernière. Dans un autre ordre d'idées, la mère présenterait un historique d'obésité importante ainsi que des périodes dépressives. Quant au père, il aurait eu dans le passé des problèmes de consommation d'alcool (Hickie et Mitchell, 1989).

3.2.4 Facteurs sociaux

Selon les auteurs, cet enfant introverti et calme aurait peu d'amis (Hickie et Mitchell, 1989).

3.3 Étude de Nielsen, Lausch et Thomsen (1997)

3.3.1 Objectifs et instruments de mesure utilisés

Dans cette étude de cas, les auteurs décrivent trois cas de troubles alimentaires sévères ayant occasionné une perte de poids et ayant un début précoce, afin de déterminer s'ils correspondent aux critères du DSM-III, du DSM-III-R, de la CIM-10 et à ceux proposés par Lask et Bryant-Waugh (1992). Les sujets sont deux filles et un garçon âgés de 9 à 11 ans. Les auteurs rapportent avoir utilisé le *Rorschach test* pour tous les sujets et le *WISC-R* avec un seul sujet (Nielsen et al., 1997).

3.3.2 *Traits cliniques de la maladie*

En ce qui concerne les traits cliniques du trouble, les sujets répondraient tous aux critères de l'anorexie du DSM-III, du DSM-III-R et de la CIM-10 pour la perte de poids, mais ne présenteraient pas le critère diagnostique de distorsion de l'image corporelle. Ce dernier critère diagnostique étant absent du tableau clinique, les évaluateurs ne pouvaient retenir le diagnostic d'anorexie. Par ailleurs, l'ensemble des sujets correspondraient à l'ensemble des critères proposés par Lask et Bryant-Waugh (1992). Ces critères sont l'évitement alimentaire, la perte de poids ou l'absence de prise de poids lors de la croissance en l'absence de tout autre trouble physique ou mental ainsi que deux ou plus des éléments suivants: préoccupation pour le poids ou pour les calories ingérées, distorsion de l'image corporelle, peur de l'obésité, vomissements provoqués, exercice excessif, abus de laxatifs (Nielsen et al., 1997).

D'autres manifestations relatives à l'anorexie seraient également présentes chez certains sujets. En effet, les auteurs rapportent que certains enfants refuseraient de manger dans la même pièce que le reste de leur famille, auraient de nombreuses obsessions au sujet de la nourriture et cuisineraient régulièrement. De même, l'un des sujets ferait de l'exercice excessif et ne serait pas préoccupé par son apparence physique, mais plutôt par la dépense calorique et le développement de ses muscles (Nielsen et al., 1997).

3.3.3 *Facteurs psychologiques*

Les auteurs concluent que tous les sujets présenteraient des difficultés émotionnelles importantes. C'est-à-dire que tous ces enfants manifesterait une détresse psychologique et seraient handicapés par leur trouble. De façon plus spécifique, l'une des fillettes serait très perfectionniste et conformiste. Elle aurait également un répertoire émotionnel sous-développé et aurait recours à l'évitement comme mécanisme de défense. L'autre fillette serait timide et insécure. Selon ses

parents, elle aurait toujours été trop mince et son alimentation aurait toujours été difficile. D'ailleurs, elle serait très émotive, aurait un répertoire émotif sous-développé et réagirait souvent par une attitude de défiance. Elle serait aussi immature et assumerait plusieurs responsabilités pour tenter de se protéger. Enfin, le garçon présenterait des émotions plus confuses et une préoccupation importante envers les détails (Nielsen et al., 1997).

3.3.4 Facteurs familiaux

En ce qui concerne les facteurs familiaux, cette étude de cas permet de constater que les enfants présentant un trouble alimentaire de type anorexique vivaient généralement dans des familles rigides, surprotectrices, cohésives, peu flexibles et enchevêtrées. De même, dans deux cas, les parents ou la fratrie présenteraient des préoccupations alimentaires et pondérales (Nielsen et al., 1997).

3.3.5 Facteurs sociaux

Les auteurs rapportent que deux sujets étaient isolés socialement (Nielsen et al., 1997).

3.4 Étude de Walford et McCune (1991)

3.4.1 Objectifs et instruments de mesure utilisés

L'étude de cas effectuée par Walford et McCune (1991) a permis de décrire 15 cas d'anorexiques admis dans une unité de soin entre 1976 et 1987. Cette étude comporte 12 filles et trois garçons âgés en moyenne de 11,9 ans lors du début des symptômes. Parmi ces sujets, 8 seraient prépubères. Les auteurs se sont attardés à la documentation des traits démographiques et cliniques présents lors de l'apparition du trouble. Les critères utilisés pour établir le diagnostic d'anorexie sont ceux proposés par Bryant-Waugh et al. (1987, dans Walford et McCune, 1991). Ces critères sont

l'évitement de la nourriture, la perte de poids ou l'absence de gain de poids pendant la période de croissance et un ou plusieurs des critères suivants: préoccupations pour le poids ou pour les calories ingérées, distorsion de l'image corporelle, peur d'être obèse, vomissements, exercices excessifs et usage abusif de laxatifs. La façon dont le développement pubertaire a été évalué n'est pas précisée. Pour effectuer cette étude de cas, les auteurs ont consulté les dossiers des sujets (Walford et McCune, 1991).

3.4.2 Traits cliniques de la maladie

L'analyse des dossiers a permis de constater que huit enfants sur 15 feraient de l'exercice excessif, 11 présenteraient une distorsion de leur image corporelle et une peur d'être gros, trois se cacheraient de la nourriture, deux se feraient vomir et un aurait recours aux purgatifs (Walford et McCune, 1991).

3.4.3 Psychopathologies

Parmi l'ensemble des sujets de cette étude de cas, sept auraient des traits dépressifs et deux auraient des idéations suicidaires (Walford et McCune, 1991).

3.5 Critique des études de cas

En conclusion de cette recension des études de cas, nous présenterons les principales limites de ces études. Cette critique portera essentiellement sur l'établissement des diagnostics, sur les instruments de mesures utilisés ainsi que sur le type de variables évaluées.

En premier lieu, il est nécessaire de mentionner que les auteurs de certaines études de cas ne précisent pas l'outil utilisé afin d'établir le diagnostic d'anorexie (Alessi et al., 1989 ; Hickie et Mitchell, 1989). De même, les auteurs qualifient tous leurs sujets de prépubères, mais certains n'identifient pas de quelle façon le stade de

développement pubertaire a été établi (Hickie et Mitchell, 1989; Walford et McCune, 1991). De surcroît, l'étude de Walford et McCune (1991) comporte des sujets postpubères. Ainsi, le diagnostic d'anorexie et la classification prépubère représentent une limite à la portée des résultats des études de cas, car il est impossible de déterminer si les sujets décrits correspondent vraiment à des anorexiques typiques.

Dans le même ordre d'idées, ces études utilisent peu d'instruments de mesure, ou encore, pas du tout (Hickie et Mitchell, 1989; Nielsen et al., 1997; Walford et McCune, 1991). En outre, les auteurs ayant eu recours à des instruments de mesure rapportent aussi plusieurs résultats semblant être basés uniquement sur des observations (Alessi et al., 1989). Les résultats basés sur des observations sont sujets à l'interprétation des cliniciens et peuvent donc manquer de validité et de fidélité.

En outre, peu de variables sont considérées dans ces études de cas. Effectivement, les études de cas recensées permettent d'identifier seulement quelques traits cliniques et psychopathologie associés ainsi que certaines caractéristiques psychologiques, familiales, sociales ou socioéconomiques. Or, l'anorexie est largement reconnue comme un trouble multidimensionnel (Chabrol, 2004; Steiner et al., 2003; Fairburn et Harrison, 2003; Bulik, 2002; Watkins et Lask, 2002; Szabo, 1998). Ainsi, suite à la lecture de l'ensemble de ces études, la compréhension des caractéristiques associées à l'anorexie demeure sommaire et peu généralisable.

Or, il est intéressant de constater que les résultats de ces études de cas vont généralement dans le même sens que les résultats des études empiriques de notre recension des écrits.

4. OBJECTIF DE L'ETUDE

Les informations obtenues dans le cadre de la recension des études empiriques et des études de cas mettent en évidence certaines différences entre les anorexiques prépubères et postpubères. Cette conclusion va dans le sens des observations de Cook-Darzens (2002). Cette auteure considère en fait que l'anorexie prépubère présente certains liens de parenté avec l'anorexie restrictive et boulimique, mais que ces troubles se distinguent sur certains aspects, ce qui pourrait nous amener à conclure qu'il s'agirait d'un sous-type distinct. La présente étude vise à vérifier cette hypothèse. En effet, compte tenu des nombreuses limites et lacunes des études recensées, il apparaît essentiel de procéder à des études plus systématiques portant sur plusieurs dimensions afin de valider cette hypothèse. L'objectif de cette étude est donc de comparer les caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales des anorexiques afin d'établir si les anorexiques prépubères se distinguent des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques.

TROISIEME CHAPITRE

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce troisième chapitre présente la méthodologie de notre recherche. Dans l'ordre, nous présenterons le devis de recherche, les critères de sélection des sujets, la composition de l'échantillon, la description de l'échantillon, les procédures d'évaluation des sujets et les variables à l'étude ainsi que les instruments de mesure utilisés. Suivra une description des procédures d'analyse des données.

1. DEVIS DE RECHERCHE

Cette étude vise à comparer les anorexiques prépubères aux adolescentes anorexiques restrictives et aux adolescentes anorexiques boulimiques afin d'établir si les anorexiques prépubères se distinguent des restrictives ou des boulimiques sur le plan de leurs caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons privilégié la méthodologie de l'étude de cas. L'étude de cas fait partie de la catégorie des études descriptives et comparatives. Les études descriptives permettent l'obtention d'une image précise d'un phénomène (Robert, Allaire, Beaugrand, Bélanger, Bouchard, Charbonneau, Doré, Earls, Fortin et Sabourin, 1988), ce qui permet d'identifier les caractéristiques propres à une situation particulière (Robert et al., 1988). Ainsi, ce devis de recherche permettra d'obtenir une description approfondie de l'anorexie prépubère qui, à la lumière des résultats de la recension des écrits, demeure un phénomène peu connu.

Cette méthode de recherche est particulièrement indiquée lorsque nous abordons un nouveau domaine de recherche et que nous souhaitons générer de nouvelles hypothèses (Fortin, Côté et Fillion, 2006; Gagnon, 2005; Sabourin, 1988, dans Robert et al., 1988). En effet, la recension des écrits a permis d'établir que peu d'écrits portent sur l'anorexie prépubère et que les études effectuées comportent

tellement de lacunes, que cela limite la généralisation des résultats. Ainsi, nous croyons que l'étude de cas est la méthode la plus appropriée dans une telle situation. En effet, elle «permet l'étude de phénomènes ou de problèmes inhabituels» (Rivard et Bouchard, 2005, p. 211), ce qui est l'objectif de la présente étude. De plus, cette méthode de recherche permet une analyse en profondeur des phénomènes (Gagnon, 2005) et donc d'illustrer concrètement ce qui peut sembler abstrait (Rivard et Bouchard, 2005). Par conséquent, réaliser une telle étude pourra permettre de considérer si l'anorexie prépubère doit vraiment être considérée comme un sous-type distinct de ce trouble.

Le choix de l'étude de cas s'explique également par la rareté du phénomène à l'étude. En effet, la proportion des cas d'anorexie mentale touchant les enfants prépubères est évaluée à environ 5% (Mouren-Simeoni et al., 1997; Nielsen et al., 1997), ce qui est très faible. En ce sens, la base de données utilisée pour cette recherche ne contenait pas suffisamment de sujets prépubères. Cela faisait en sorte que nous ne pouvions obtenir un échantillon suffisamment grand pour avoir une puissance statistique satisfaisante. D'ailleurs, les études empiriques recensées (Arnou et al., 1999, Gordon et al., 1997 ; Mouren-Simeoni et al., 1993) présentent souvent une lacune importante quant à la puissance statistique. Donc, pour obtenir des résultats plus valides et fidèles que ceux de ces études, nous avons privilégié l'étude de cas comme méthode de recherche.

En effet, cette méthode est reconnue pour offrir une importante validité interne car les cas étudiés représentent de façon vraiment authentique la réalité qui est l'objet de l'étude (Gagnon, 2005). En ce sens, notre étude de cas devrait permettre de décrire avec plus de précision l'anorexie prépubère que les études empiriques contenant à la fois des sujets prépubères et postpubères (Bryant-Waugh et al., 1996; Gordon et al., 1997; Matsumoto et al., 2001; Watkins et al., 2001).

Cependant, l'étude de cas comporte certaines limites. Entre autres, il est reconnu dans la littérature que la validité externe des études de cas est généralement plus faible (Gagnon, 2005). Cette remarque s'applique particulièrement aux études de cas recensées dans cette étude (Alessi et al., 1989; Hickie et Mitchell, 1989; Nielsen et al., 1997; Walford, et McCune, 1991). Or, selon Gagnon (2005) il est possible de contrecarrer cette lacune en s'assurant que d'autres chercheurs pourraient arriver aux mêmes résultats en effectuant la même démarche scientifique. Par conséquent, nous nous appliquerons à décrire de façon systématique et complète notre devis de recherche afin d'augmenter notre validité externe.

Dans le même ordre d'idées, les études de cas sont souvent basées sur l'observation ou sur les propos des clients, ce qui limite la mesure objective des variables (Rivard et Bouchard, 2005). En l'absence de mesures objectives, les conclusions tirées de l'étude de cas sont souvent considérées comme n'ayant pas de réelle valeur scientifique (Rivard et Bouchard, 2005). L'étude de cas est donc souvent considérée comme difficilement généralisable, car les données recueillies sont souvent incomplètes, insuffisantes ou difficilement comparables à celles d'autres études (Fortin et al., 2006; Gagnon, 2005; Sabourin, 1988 dans Robert et al., 1988). Ces critiques s'appliquent aux études de cas recensées (Alessi et al., 1989; Hickie et Mitchell, 1989; Nielsen et al., 1997; Walford, et McCune, 1991) qui utilisaient peu d'instruments de mesure et se basaient davantage sur des observations. Cependant, les auteurs mentionnent que la limite de généralisation peut être éliminée lorsque le chercheur a recours à des méthodes de recherche quantitatives (Stake, 1994, Scholz, 2001, Woodside et Wilson, 2003 dans Gagnon, 2005), ce qui sera le cas dans cette recherche. En effet, notre étude de cas sera basée sur les résultats obtenus par nos sujets à des instruments de mesure qui sont tous reconnus pour leurs qualités psychométriques. Le fait d'avoir recours à de tels outils nous permettra d'obtenir des résultats ayant une valeur scientifique et pouvant être généralisés. Cela permettra donc de dépasser la valeur des études de cas recensées, mais aussi de plusieurs études empiriques.

De plus, nous nous inspirons des lacunes méthodologiques recensées dans les études empiriques (Arnou et al., 1999; Bryant-Waugh et al., 1996; Gordon et al., 1997; Gowers et al., 1991; Jacobs et Isaacs, 1986; Matsumoto et al., 2001; Mouren-Simeoni et al., 1993; Watkins et al., 2001) et dans les études de cas (Alessi et al., 1989; Hickie et Mitchell, 1989; Nielsen et al., 1997; Walford, et McCune, 1991) afin de produire une étude dépassant la qualité de ces dernières. Ainsi, dans notre recherche, les critères diagnostiques de l'anorexie seront ceux du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2004) et le développement pubertaire sera évalué pour tous les sujets par un pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et en trouble alimentaires. De plus, nous porterons notre attention sur trois cas, plutôt que sur un seul. En ce sens, Rivard et Bouchard (2005, p.211) précisent que «[...] le rassemblement de plusieurs cas qui convergent vers une même conclusion a plus de poids qu'une étude d'un unique cas et l'information rapportée apparaît alors plus convaincante». En outre, notre étude ne se basera pas sur des données rétrospectives ou sur l'étude de dossiers. Nous consulterons plutôt directement les données des questionnaires. Par ailleurs, nous nous assurerons également que les sujets à l'intérieur des sous-groupes soient relativement homogènes. De plus, nous inclurons des garçons dans l'échantillon prépubère car ils représentent une part importante de ces cas. Ensuite, le fait d'apporter une spécification quant aux sous-types boulimique et restrictif sera, à notre connaissance, une première dans la littérature. Finalement, nous nous assurerons d'utiliser des méthodes de recherche quantitatives et d'avoir une grande rigueur, car cela permettra de contrecarrer les faiblesses de l'étude de cas (Stake, 1994, Scholz, 2001, Woodside et Wilson, 2003, Yin, 2003 dans Gagnon, 2005). Nous croyons que l'ensemble de ces stratégies nous permettra de produire une étude de cas dépassant les critiques habituellement réservées à ce type de devis.

2. COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON

Les sujets de cette étude sont tirés de la banque de données de Pauzé (2009). Celle-ci est constituée de tous les cas référés à la Clinique des troubles alimentaires du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS) depuis juin 2006. Tous les sujets de la banque de données de Pauzé (2009) ont donné leur consentement pour que les informations colligées par questionnaires soient utilisées en recherche. L'échantillon est composé de neuf sujets, soit trois anorexiques prépubères, trois adolescentes anorexiques restrictives et trois adolescentes anorexiques boulimiques.

3. CRITERES DE SELECTION DES SUJETS

Dans cette étude, le premier critère d'inclusion est que les sujets correspondent tous aux critères diagnostiques d'anorexie mentale du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Cette évaluation a été effectuée par un pédiatre spécialisé en médecine de l'adolescence et en trouble alimentaires de la Clinique des troubles alimentaires du CHUS.

Ensuite, le deuxième critère d'inclusion est relatif au développement pubertaire. Le développement pubertaire est évalué par le même pédiatre et il se base sur l'examen médical et sur l'âge du sujet. Ainsi, en ce qui concerne les prépubères, les sujets ne doivent pas présenter de signe de développement pubertaire lors de leur admission à la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. Au niveau des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques retenues pour cette étude, l'examen médical devait permettre de s'assurer qu'elles avaient débuté leur développement pubertaire lors du début de la maladie.

Ces deux étapes ont permis de composer l'échantillon de sujets prépubères et de faire une première sélection pour les échantillons d'adolescentes anorexiques

restrictives et boulimiques. Afin de compléter cette sélection, nous nous sommes ensuite attardés à l'âge des sujets et à leur indice de masse corporelle (IMC). Ces critères de sélection ont été considérés afin d'obtenir des sous-groupes relativement homogènes.

Bien qu'il soit impossible d'apparier les sujets pour l'âge, nous avons choisi des adolescentes âgées de 14 à 16 ans lors de leur admission à la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. Au niveau de l'IMC, nous avons constaté que celui des prépubères était très faible. Cela signifie généralement que la perte de poids a été importante. Nous avons donc arrêté notre choix sur les adolescentes anorexiques restrictives et boulimiques qui présentaient les IMC les plus faibles. Il a été impossible d'inclure des garçons dans les échantillons adolescents. Nous croyons toutefois que cela ne cause pas problème car il s'agit d'une représentation juste de la réalité. En effet, chez les adolescents, le ratio des personnes anorexiques est évalué à 9-10 filles pour 1 garçon (Alvin, 2001; Anderson et Holman, 1997, dans Szabo, 1998; Gilchrist et al., 1998; Van Den Brouke, 1984, dans Chambry et al., 2002).

Le type de famille n'a pas été considéré lors du choix des sujets. Or, suite à la sélection, il nous est apparu que tous les cas provenaient de familles intactes sauf une anorexique boulimique qui provenait d'une famille recomposée. Après vérification, nous avons constaté que dans la banque de données utilisées, ce type de composition familiale était plus commun pour ce sous-type.

4. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

En ce qui concerne les anorexiques prépubères, l'ensemble des sujets disponibles et répondant aux critères d'inclusion a été inclus dans l'échantillon. Cet échantillon comporte deux filles et un garçon provenant tous de familles biparentales intactes ayant un revenu familial annuel de moyen à élevé (60 000\$ et plus). Ces

sujets présentaient également un indice de masse corporelle très faible (entre 14,35 et 15,11).

Plus précisément, le premier cas (AP1) d'anorexie prépubère retenu est une jeune fille âgée de 11 ans lors de son admission à la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. À ce moment, le pédiatre de la clinique a évalué que ce sujet ne présentait aucun signe de développement pubertaire. Il a également diagnostiqué une anorexie nerveuse de type restrictif selon les critères du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Le sujet mesurait alors 1,50 mètres, pesait 34,5 kilogrammes et présentait un indice de masse corporelle (IMC) de 15,11. Cette enfant rapportait présenter des difficultés alimentaires depuis l'âge de 10 ans. Au moment de l'évaluation initiale, elle venait de terminer sa cinquième année du primaire. Il s'agit de la cadette d'une famille intacte comptant deux enfants. La famille avait un revenu annuel global entre 60 000\$ et 79 999\$. Les deux parents avaient complété des études de niveau collégial.

Le deuxième sujet prépubère (AP2) retenu pour cette étude de cas est un garçon de 12 ans. L'évaluation avec un pédiatre de la Clinique des troubles alimentaires du CHUS a permis d'établir que cet enfant ne présentait aucun signe de développement pubertaire lors de son admission dans le programme de soins. Il présentait également l'ensemble des critères d'anorexie nerveuse de type restrictif du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Tout comme le sujet précédent, le sujet AP2 mesurait 1,50 mètres et pesait 34,5 kilogrammes lors de son admission. Il avait donc un IMC de 15,11. Lors de son évaluation initiale, ce garçon n'a pas été en mesure de rapporter d'informations concernant l'âge auquel ses préoccupations alimentaires avaient débutées. Il disait ne pas suivre la progression de son poids et ne pas avoir d'objectif précis en ce qui concerne un idéal de poids. Ce sujet venait tout juste de compléter sa 6^e année du primaire lors de son évaluation initiale. Il est l'aîné d'une famille comptant trois enfants. Il s'agissait d'une famille intacte et les parents avaient un revenu annuel se situant entre 60 000\$ et 79 999\$. La

mère avait complété une maîtrise, alors que le père avait complété des études de niveau collégial.

Le troisième sujet (AP3) est une enfant âgée de 11 ans lors de son admission à la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. Lors de son admission, il a été établi par l'évaluation médicale qu'elle ne présentait aucun signe de développement pubertaire et qu'elle manifestait tous les critères liés à une anorexie nerveuse de type restrictif selon le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2004). Elle mesurait 1,47 mètres et pesait 31,3 kilogrammes. Son IMC était de 14,35. Ses difficultés alimentaires ont commencé à l'âge de 11 ans. Cette jeune fille était en 6^e année du primaire lors de son admission à la clinique. Elle est la cadette d'une famille intacte de quatre enfants. Le revenu familial total se situait entre 20 000\$ et 39 999\$. La mère avait complété des études de niveau collégial. Quant au père, il a complété des études de niveau secondaire.

Au niveau des anorexiques restrictives, le premier sujet (AR1) est une adolescente de 14 ans, troisième d'une famille intacte de trois enfants. La mère et le père ont complété des études de niveau collégial et le revenu annuel familial se situe à 80 000\$ et plus. Ce sujet mesurait 1,58 mètres et pesait 36,5 kilogrammes lors de son admission. Son IMC se situait donc à 14,60. Ses préoccupations alimentaires auraient débuté à l'âge de 13 ans. Elle était en secondaire deux lors de l'évaluation initiale.

Le deuxième sujet (AR2) est une adolescente de 15 ans. Elle est l'aînée d'une famille intacte de trois enfants. Les parents ont tous deux complété des études universitaires de deuxième cycle et le revenu familial annuel est de 80 000\$ et plus. La taille de cette adolescente lors de son évaluation initiale était de 1,58 mètres et elle pesait 31,9 kilogrammes. Elle avait donc un IMC de 12,80. Elle était en secondaire trois et rapportait que les préoccupations alimentaires avaient débuté à l'âge de 15 ans.

La troisième anorexique restrictive (AR3) retenue est âgée de 14 ans. Elle est la cadette d'une famille de trois enfants. Il s'agit d'une famille intacte dont la mère a complété des études professionnelles et le père des études collégiales. Le revenu annuel de cette famille se situe entre 60 000\$ et 79 999\$. Ce sujet mesurait 1,51 mètres lors de son admission, pesait 32,4 kilogrammes et avait un IMC de 14,50. Elle était en troisième secondaire. Selon elle, les préoccupations alimentaires avaient débuté à l'âge de 13 ans.

Quant aux adolescentes anorexiques boulimiques, le premier sujet (AB1) est âgé de 16 ans, mesurait 1,70 mètres et pesait 57 kilogrammes lors de son évaluation initiale. Son IMC se situait donc à 19,70. Elle rapportait que les préoccupations alimentaires avaient débuté à l'âge de 15 ans. Cette adolescente est l'aînée d'une famille intacte de trois enfants. Elle fréquentait le secondaire cinq lors de son évaluation initiale. Sa mère avait complété des études professionnelles alors que le père avait complété des études collégiales. Le revenu annuel familial se situait entre 60 000\$ et 79 999\$.

Le deuxième sujet était une adolescente de 16 ans mesurant 1,74 mètres, pesant 58,6 kilogrammes et ayant un IMC de 19,00 lors de son évaluation initiale. Le sujet ne précise pas d'âge de début des préoccupations alimentaires. Elle est en secondaire quatre et est la cadette d'une famille intacte comptant deux enfants. La mère avait complété des études collégiales alors que le père avait complété des études universitaires de deuxième cycle. Le revenu annuel de la famille se situait à plus de 80 000\$.

Enfin, le troisième sujet anorexique boulimique (AB3) est âgé de 15 ans. Elle pesait 40 kilogrammes, mesurait 1,61 mètres et avait un IMC de 15,30 lors de son évaluation initiale. Les préoccupations alimentaires auraient débuté à 14 ans. Elle est en secondaire quatre et est la cadette d'une famille de deux enfants. Cette famille est recomposée, mais les deux enfants ont les mêmes parents biologiques. La mère a

complété des études collégiales, alors que le conjoint de la mère a complété des études secondaires. Le revenu annuel familial se situait entre 60 000\$ et 79 999\$.

Ces différentes informations sont présentées sous forme de tableaux à l'annexe C.

5. PROCEDURES D'ÉVALUATION DES SUJETS

Tous les sujets de cette étude ont été soumis à la même procédure d'évaluation. Dans le cadre du processus clinique normal de la Clinique des troubles alimentaires du CHUS, tous les jeunes et leurs parents sont évalués à l'aide d'un protocole comprenant de multiples instruments de mesure et visant à documenter les caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales. Cette évaluation a lieu au domicile de la famille dans les jours qui suivent la première visite médicale, au cours de laquelle le pédiatre de la clinique a établi la présence d'un diagnostic d'anorexie selon les critères du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2004).

La passation des questionnaires est assumée par des étudiants en psychoéducation qui ont reçu une formation à cet effet. Les questionnaires en entrevue et les questionnaires auto-complétés sont remplis par le jeune et les deux parents. Cette rencontre d'évaluation dure environ 150 minutes. Les données colligées par ce protocole d'évaluation sont ensuite entrées dans une base de données SPSS. Un traitement informatique des données permet de générer un bilan clinique complet du jeune et de sa famille. Tous ces jeunes sont ensuite réévalués 12 et 24 mois après leur entrée dans le programme afin de documenter leur évolution dans le temps. Ces évaluations se font également au domicile des familles (Pauzé, Lavoie, Séguin, Pesant et Joly, 2007).

6. VARIABLES A L'ETUDE ET DESCRIPTION DES INSTRUMENTS UTILISES

Les variables évaluées dans cette étude sont en lien avec le cadre théorique de Garner et al. (1993, 2004) qui identifie les facteurs prédisposants, les facteurs précipitants et de maintien de l'anorexie. Plus précisément, nous nous sommes basés sur la recension des écrits de Pauzé (2007) qui précise l'ensemble de ces facteurs. Ces variables ont été évaluées auprès des anorexiques et de leurs parents et ont été regroupées sous les dimensions suivantes: caractéristiques socioéconomiques, alimentaires, personnelles, sociales et familiales.

Afin d'évaluer l'ensemble de ces variables, de nombreux instruments de mesure ont été utilisés. Tel que mentionné auparavant, il s'agit des instruments utilisés dans le protocole d'évaluation de la Clinique des troubles alimentaires du CHUS. Lors de l'élaboration de ce protocole, les instruments ont été choisis sur la base de la qualité de leurs propriétés psychométriques. Les tableaux présentés à l'annexe D permettent d'avoir un aperçu des variables investiguées et des instruments de mesure utilisés. Nous présentons ensuite une description plus détaillée de ces instruments.

6.1 Caractéristiques socioéconomiques

6.1.1 Composition et stabilité de la maisonnée

Le questionnaire permettant d'évaluer la composition et la stabilité de la maisonnée s'inspire de celui utilisé dans l'enquête Santé-Québec de 1992. Les variables identifiées sont le nombre de personnes (adultes et enfants) habitant sous le même toit et le type de famille dans laquelle vit l'adolescent (intacte, recomposée ou monoparentale). Le questionnaire vérifie en outre le nombre de fois où la composition de la maisonnée a changé depuis la naissance de l'adolescent, le nombre de fois où il a changé d'école depuis le début de sa scolarité et le nombre de déménagements qu'il a connu (Breton et coll., 1997).

6.1.2 Situation socioéconomique

Emprunté à l'enquête Santé-Québec de 1992, ce questionnaire permet de recueillir diverses données sociodémographiques et sert notamment à cibler le revenu et le niveau de scolarité du parent principal et de l'autre parent, la situation économique familiale ainsi que les sources de revenu de la famille (travail, chômage, aide sociale, etc.). On s'intéresse également aux dettes familiales et au niveau de stress que celles-ci génèrent (Breton et coll., 1997).

6.2 Caractéristiques alimentaires et personnelles des sujets

6.2.1 Désordres alimentaires et ajustement psychologique

L'Eating Disorders Inventory-3 de Garner (2004) (EDI-3) est une révision de la mesure auto-rapportée la plus utilisée permettant d'évaluer les traits psychologiques ou les construits démontrés comme étant cliniquement pertinents chez les individus ayant des troubles alimentaires. L'EDI-3 est une mesure standardisée et facile à administrer donnant des scores objectifs et des profils qui sont utiles dans la conceptualisation des cas et dans la planification du traitement pour les individus avec un trouble alimentaire confirmé ou suspecté. C'est aussi un outil de recherche valable dans les domaines de la validation de théorie, de l'identification formelle de sous-groupes de patients et de l'évaluation des effets d'un traitement (Garner, 2004).

L'EDI-3 a été élaboré pour une utilisation avec des adolescentes d'au moins 13 ans et avec des femmes adultes. Il a également été utilisé avec des adolescentes plus jeunes (âge de 11 ou 12 ans). L'EDI-3 consiste en 91 items de type Likert en 6 points allant de «Toujours» à «Jamais». Les items sont organisés en 12 échelles. Celles-ci consistent en 3 échelles spécifiques aux désordres alimentaires (recherche active de minceur, boulimie et insatisfaction concernant le corps) et 9 échelles psychologiques générales qui sont très pertinentes face aux troubles alimentaires,

mais non spécifiques à la problématique (faible estime de soi, aliénation personnelle, insécurité interpersonnelle, aliénation interpersonnelle, déficit de l'introspection, manque de régulation émotionnelle, perfectionnisme, ascétisme et peur de la maturité) (Garner, 2004).

Au niveau des propriétés psychométriques, la cohérence interne des échelles varie pour l'échantillon d'adolescentes de 0,63 à 0,96, la grande majorité des coefficients étant supérieurs à 0,85. Au niveau de la fidélité test-retest, elle est excellente, variant entre 0,86 et 0,98, la quasi totalité des coefficients se situant à plus de 0,92. Au niveau des corrélations entre l'EDI-3 et d'autres mesures de troubles alimentaires, on note que les corrélations entre les échelles de l'EDI-3 et la version précédente de l'instrument (EDI-2) varient entre 0,71 et 0,99 chez les adolescents. Les corrélations entre l'EDI-3 et le EAT-26 varient entre 0,23 et 0,70 selon les différentes échelles. En regard au BULIT-R, les coefficients varient entre 0,15 et 0,83 selon les échelles de l'EDI-3. En regard à la corrélation entre l'EDI-3 et des mesures de la personnalité ou la psychopathologie, les résultats des analyses indiquent pour le *Rosenberg Self-Esteem Scale* et le *CESD*, les coefficients varient entre 0,13 et 0,82 en fonction des échelles pour le premier instrument, et entre 0,26 et 0,77 pour le *CESD*. Face au *MCMI-II* (instrument mesurant la psychopathologie adulte), les faibles corrélations entre les échelles de troubles alimentaires et le *MCMI-II* ajoutent du poids quant à la validité discriminante de l'EDI-3. Au niveau des échelles psychologiques, on retrouve des indices démontrant une bonne validité discriminante et convergente de ces échelles (Garner, 2004).

Les sous-échelles visant à évaluer le risque de désordres alimentaires sont la recherche de minceur, les comportements boulimiques et l'insatisfaction concernant le corps. L'auteur propose également de calculer un score total de risque de désordres alimentaires en faisant la somme des scores T des trois sous-échelles. Ce score est ensuite transformé en score T et en score centile (Garner, 2004).

Les sous-échelles visant à évaluer l'état psychologique sont la faible estime de soi, l'aliénation personnelle, l'insécurité interpersonnelle, l'aliénation interpersonnelle, le déficit d'introspection, le manque de régulation émotionnelle, le perfectionnisme, l'ascétisme et la peur de la maturité. L'auteur propose aussi de calculer un score total de manque d'ajustement sur le plan psychologique. Il faut alors effectuer la somme des scores T pour toutes les sous-échelles visant à évaluer l'état psychologique. Ce score est ensuite transformé en score T et en score centile (Garner, 2004).

6.2.2 Alexithymie

L'instrument qui permet d'évaluer la capacité de l'adolescent à reconnaître ses émotions est la version française du *Revised Toronto Alexithymia Scale* (TAS-R; Bagby, Parker et Taylor, 1992). Il comprend 23 items auxquels le jeune répond en se servant d'une échelle Likert en 5 points allant de «Fortement en désaccord» à «Fortement en accord». L'alpha de Cronbach est de 0,82 et la corrélation inter-items moyenne est de 0,16. Cela indique un niveau acceptable de consistance interne et d'homogénéité des items (Nunalli, 1978, Briggs et Cheek, 1986 dans Taylor, Bagby et Parker, 1992). Les énoncés de l'instrument se divisent en deux facteurs distincts: 1- les items mesurant à la fois l'habileté à distinguer les sentiments des sensations corporelles associées à une sensibilité émotionnelle et l'habileté à décrire ses sentiments aux autres; 2- les items mesurant la pensée orientée vers l'extérieur (*externally oriented thinking*). Le coefficient de corrélation de Pearson entre ces deux facteurs est de 0,28 ($p < 0,01$), ce qui suggère que ces facteurs représentent bien des composantes liées de façon conceptuelle au construit de l'alexithymie. La structure à deux facteurs a ensuite été répétée et validée avec des échantillons indépendants d'étudiants du collège et de patients externes en psychiatrie. La cohérence interne du TAS-R a été confirmée par les coefficients alpha de 0,80 et de 0,82 obtenus respectivement pour les échantillons indépendants d'étudiants et de patients externes en psychiatrie. En ce qui concerne la corrélation inter-items, elle a également été

confirmée dans les deux échantillons. De façon plus précise, elle se situe en moyenne à 0,15 pour l'échantillon indépendant d'étudiants du collège et à 0,16 pour l'échantillon de patients externes en psychiatrie (Taylor et al., 1992).

Au niveau de la validité convergente de l'instrument, elle a été confirmée en trouvant des relations avec des mesures d'autres construits ayant des similitudes avec le construit d'alexithymie. Ainsi, le TAS-R est corrélé positivement avec la sous-échelle *poor attentional control* et négativement avec la sous-échelle *positive-constructive daydreaming* du *Short Imaginal Processes Inventory*. De même, le TAS-R est corrélé négativement avec les sous-échelles *need for cognition scale* ($r=-0,52$, $p<0,01$) et *psychological-mindedness* ($r=-0,49$, $p<0,01$) du *California Psychological Inventory*. En outre, le TAS-R est corrélé négativement ($r=-0,25$, $p<0,01$) avec le *Anger Expression Scale* et positivement avec de nombreuses mesures de plaintes somatiques fonctionnelles, soit avec le *SUNYA Revision of the Psychosomatic Symptom Checklist* ($r=0,43$, $p<0,01$), la sous-échelle *Hypochondriasis* du *Basic Personality Inventory* ($r=0,37$, $p<0,01$), la sous-échelle *Somatization* du *SCL-90R* ($r=0,36$, $p<0,01$) et avec le *Pennebaker Inventory of Limbic Languidness* ($r=0,28$, $p<0,01$). La validité discriminante a été démontrée par des corrélations non-significatives ou de faible magnitude avec des mesures de construits qui ne sont pas reliées conceptuellement à l'alexithymie. Dans un autre ordre d'idées, la validité de critère a été démontrée par l'évaluation du degré d'accord entre les scores obtenus au TAS-R par des patients référés à une clinique médicale et le jugement de cliniciens expérimentés et familiers avec le construit de l'alexithymie (Taylor et al., 1992).

Le score moyen au TAS-R pour les patients jugés alexithymiques par deux cliniciens sur trois est de 66,4 (écart-type de 13,4), alors que le score moyen au TAS-R pour les patients jugés non-alexithymiques par deux cliniciens sur trois est de 56,7 (écart-type de 12,2). Une analyse univariée de la variance a démontré que cette différence était significative ($F(1, 45) = 6,21$, $p<0,01$), ce qui confirme que le score

obtenu au TAS-R discrimine bien les patients alexithymiques des non-alexithymiques (Taylor et al., 1992).

La norme de cet outil a été construite à l'aide d'échantillons représentatifs de la population. Ces échantillons étaient composés d'étudiants universitaires, d'adultes et de patients psychiatriques. Il n'y avait pas de différence significative au niveau du sexe au sein des trois échantillons. De même, les scores obtenus au TAS-R ne montraient pas de corrélation significative avec l'âge par rapport aux trois échantillons (Taylor et al., 1992).

6.2.3 Estime de soi

L'évaluation de l'estime de soi (EES) est effectuée à l'aide de la version française de l'*Index of Self-Esteem* (Hudson et Proctor, 1976), réalisée par Comeau et Boisvert (1985). L'outil mesure l'ampleur des problèmes du client par rapport à la composante évaluative du concept de soi. L'instrument fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaborés par Hudson en 1982. L'*Index of Self-Esteem* est une échelle auto-administrée de type Likert en 5 points allant de «Rarement ou jamais» à «La plupart du temps ou toujours» et comprenant 25 items. Court, facile à coter et à interpréter, cet instrument peut être utilisé à des fins de recherche, de diagnostic ou d'évaluation (Hudson, 1982).

Un score de 30 ou plus indique que le sujet démontre une faible estime de soi (Hudson, 1982).

Selon Comeau et Boisvert (1985), toutes les échelles des instruments développés par Hudson possèdent une fidélité égale ou supérieure à 0,90 et ont une validité de pronostic, de concomitance et de construit suffisante. Au niveau de la version anglaise, Hudson (1982) indique que la fidélité spécifique de l'*Index of Self-Esteem* varie entre 0,91 à 0,95. La validité discriminante établie par comparaison

des différents instruments élaborés par Hudson est de 0,52. La validité de construit varie pour sa part entre 0,11 et 0,56. La validité factorielle de l' *Index of Self-Esteem* est bonne puisque chacun des items de l'instrument corrèle plus fortement avec le score total de l' *Index of Self-Esteem* qu'avec d'autres mesures. Aussi, la saturation des différents items varie entre 0,37 et 0,71 (Comeau et Boisvert, 1985).

6.2.4 Sentiments dépressifs

Les sentiments dépressifs sont évalués à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck (IDB-II). Ce questionnaire permet de mesurer la présence et la sévérité de la dépression chez les adultes et les adolescents âgés de 13 ans et plus. Cette version a été développée pour l'évaluation des symptômes correspondant aux critères diagnostiques de la dépression majeure listés dans le DSM-IV. L'instrument est composé de 21 items, lesquels constituent une liste de quatre affirmations ordonnées selon la sévérité et qui concernent un symptôme particulier de dépression. Le contenu est centré sur certains thèmes, notamment la tristesse, le pessimisme, la perte de plaisir et d'intérêt, la culpabilité, l'agitation, l'irritabilité, les difficultés de concentration, la fatigue, etc. (Beck, Steer et Brown, 1996). Un score total compris entre 0 et 13 indique un niveau de dépression minimal; un score total compris entre 14 et 19 indique un niveau de dépression faible; un score total compris entre 20 et 28 indique un niveau de dépression modéré; un score total compris entre 29 et 63 indique un niveau de dépression sévère (Beck et al., 1996).

Une étude sur la fidélité indique que la consistance interne de l'instrument varie entre 0,92 et 0,93 (Beck et al., 1996). La stabilité test-retest sur une période d'une semaine est de 0,93 (Beck et al., 1996). Au niveau de la validité de contenu, Beck et ses collègues (1996) indiquent que l'IDB-II a été développé spécifiquement pour mesurer les symptômes dépressifs tels que listés dans les critères du DSM-IV. Au niveau de la validité de construit, la corrélation de l'IDB-II avec la version précédente varie entre 0,84 et 0,93. La validité convergente et divergente est

également bonne, le BDI-II étant relié à des instruments mesurant le désespoir, les idéations suicidaires, l'anxiété et d'autres mesures de dépression. Au niveau de la validité factorielle, les analyses ont démontré la présence de deux facteurs principaux (dimension somatique et dimension cognitive affective) qui sont fortement corrélés au niveau de la population clinique et de la population étudiante (Beck et al., 1996).

6.2.5 Idéations suicidaires

La présence d'idéations est évaluée à l'aide d'un questionnaire tiré de l'enquête Santé-Québec de 1992. Ce questionnaire se compose de six questions relatives aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (Breton et coll., 1997).

6.2.6 Abus sexuel

La présence d'abus sexuel est évaluée à l'aide du questionnaire de Thériault, Cyr et Wright (1996). Ce questionnaire s'inspire de ceux proposés par Courtois (1988) et par Everson, Hunter, Runyon, Edelson et Coulter (1989). Ce questionnaire comporte dix questions portant sur la description de l'abus et une question portant sur le dévoilement de l'abus (Thériault et al., 1996).

6.2.7 Consommation d'alcool et de drogues

La consommation d'alcool et de drogues est évaluée à l'aide du DEP-ADO. Ce questionnaire permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire un premier dépistage de la consommation problématique ou à risque. Il peut être utilisé en mode face-à-face ou auto-administré et son utilisation sert autant des objectifs de dépistage et de référence que de recherche et de suivi épidémiologique. Il a été préparé, en partie, à l'aide du questionnaire Indice de

gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (IGT-ADO), mis au point par le RISQ (Landry et al., 2002, dans RISQ 2003). L'instrument a été conçu pour les jeunes de 11 à 18 ans. Les questions touchent la consommation de diverses substances psychoactives au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours, l'âge du début de la consommation régulière, l'injection de substances, le boire excessif, la consommation de tabac et finalement un certain nombre de conséquences associées à la consommation (Germain, Guyon, Landry, Tremblay, Brunelle et Bergeron, 2003).

Un score total se situant entre 0 et 8 indique qu'il n'y a aucun problème de consommation. Un score total se situant entre 9 et 16 signale un problème en émergence alors qu'un score total se situant au dessus de 17 indique un problème évident (Germain et al., 2003).

Le RISQ a mené une étude approfondie afin d'évaluer les qualités psychométriques de l'instrument, tant au plan de la validité (de construit, de critère et convergente) que de la fidélité (test-retest, inter-modes de passation, cohérence interne). Les résultats obtenus lors de cette étude ont confirmé la validité et la fidélité du DEP-ADO et conduit à l'élaboration d'une troisième version de l'outil, soit celle utilisée dans la présente étude (Guyon et Landry, 2001, dans RISQ 2003).

6.2.8 Comportements autodestructeurs

Les comportements autodestructeurs sont évalués à l'aide de l'Inventaire des comportements d'autodestruction élaboré par Cinq-Mars et Wright, en 1997. Pour la présente utilisation, sept items sont listés et l'adolescent doit indiquer, en premier lieu, à l'aide d'une échelle Likert en trois points, la fréquence du comportement dans les 12 derniers mois («Plus d'une fois», «Une fois», «Jamais»). Ensuite, le jeune indique par «Oui» ou «Non» s'il a déjà manifesté un tel comportement avant les 12 derniers mois (Cinq-Mars et Wright, 1997).

6.3 Caractéristiques sociales des sujets

6.3.1 Attachement aux amis et aux parents

La qualité de l'attachement aux amis est évaluée à l'aide de l'adaptation française de l'*Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987). L'instrument mesure l'importance relative de l'attachement aux parents et aux amis à l'adolescence. L'IPPA comprend 28 items pour mesurer l'attachement de l'adolescent face à chacun de ses parents et 25 items concernant les amis. Les énoncés sont répartis en trois sous-échelles : confiance (reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect), communication (mesure l'étendue de la communication orale) et l'aliénation (évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel). Les items sont répondus selon une échelle Likert en cinq points allant de «Jamais ou presque jamais vrai» à «Presque toujours vrai». Un score global faible à ce questionnaire est un indice d'un attachement insécure (Armsden et Greenberg, 1987).

Au niveau des qualités psychométriques de l'IPPA, Armsden et Greenberg (1987) rapportent que les échelles sont hautement corrélées, avec des coefficients allant de 0,76 à -0,40. Des coefficients alpha de 0,91, 0,91 et 0,86 ont été rapportés dans les sous-échelles confiance, communication et aliénation dans le questionnaire parent. Pour le questionnaire concernant les amis, ces scores se situent à 0,91, 0,87 et 0,72 (Armsden et Greenberg, 1987). Cependant, des recherches subséquentes ont trouvé des scores plus faibles (Lapsley, Rice et FitzGerald, 1990). Armsden et Greenberg (1987) ont évalué la fidélité test-retest (délai de 3 semaines) et ont obtenu des scores de 0,93 (attachement face aux parents) et de 0,86 (attachement face aux amis) (Armsden et Greenberg, 1987).

En regard à la validité, Armsden et Greenberg (1987) ont trouvé que les scores de l'IPPA face à l'attachement envers les parents corrélaient significativement avec les niveaux rapportés de soutien, de conflits et de cohésion familiale ainsi qu'avec la

tendance à rechercher l'aide des parents lorsque le jeune est en besoin. Les scores à l'IPPA parents et amis étaient également des prédicteurs significatifs de l'estime de soi, la satisfaction face à la vie, la dépression, l'anxiété, le ressentiment et l'aliénation (Armsden et Greenberg, 1987).

6.3.2 Temps partagé

Ce court questionnaire s'inspire de l'étude de Cochran et Bo (1989). Cet outil permet de mesurer le temps partagé, ce qui correspond au temps pendant lequel l'adolescent est en interaction avec ses pairs et le temps qu'il passe seul. Les items sont de type Likert en cinq points allant de «Aucun temps» à «Plus de 3 heures». Chaque question se subdivise en deux afin d'évaluer le temps partagé durant la semaine et pendant la fin de semaine (Cochran et Bo, 1989).

6.3.3 Densité et diversité du réseau social

Le réseau social est évalué à l'aide de la carte de réseau développée par l'équipe d'intervention du Centre hospitalier Douglas (Desmarais, Blanchet, et Mayer, 1982). Le jeune indique sur cette carte les personnes qu'il connaît et côtoie, tout en précisant la nature des liens. Cela permet d'évaluer la densité du réseau (le nombre de personnes qui le composent) ainsi que sa diversité (le nombre de catégories représentées: amis, collègues, voisins, famille, intervenants, etc.) (Desmarais et al., 1982).

6.4 Caractéristiques personnelles des parents des sujets

6.4.1 Détresse psychologique

La détresse psychologique des parents est évaluée à l'aide de l'IDPESQ-29 (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992). Cet outil comporte 29 items liés à la détresse psychologique (anxiété, dépression, irritabilité et problèmes d'ordre

cognitif) sur lesquels le répondant est invité à se prononcer en indiquant la fréquence («Jamais», «De temps en temps», «Assez souvent» ou «Très souvent») à laquelle il a éprouvé les sentiments décrits au cours de la dernière semaine. Cet outil comprend également une mesure globale indiquant le niveau de détresse psychologique. Seule cette sous-échelle a été retenue dans le cadre de cette étude. L'instrument a été construit à partir du *Psychiatric Symptom Index (PSI)* élaboré par Iifeld (1972, dans Prévillé et al., 1992).

Une analyse factorielle a permis d'établir que la structure factorielle se trouve reproduite de façon satisfaisante, et ce, peu importe le sexe, l'âge et la langue maternelle. L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne globale de 0,92, tandis que les coefficients de fidélité sont de 0,87 (dépression: 10 items), 0,81 (anxiété: 11 items), 0,79 (irritabilité: 4 items) et 0,73 (problèmes cognitifs: 4 items). Enfin, la validité concomitante a été établie par comparaison avec quatre autres mesures de l'état psychologique, à savoir: 1- la consultation d'un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale, 2- l'hospitalisation pour un problème de santé mentale, 3- la présence d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide et 4- la consommation de drogues psychoactives. Les auteurs ont pu établir des liens entre un score élevé à l'IDPESQ-29 et ces variables. En effet, les répondants ayant un indice égal ou supérieur au 85^e percentile sur l'échelle de détresse psychologique présentaient une probabilité cinq fois supérieure aux autres répondants d'avoir consulté pour un problème de santé mentale, une probabilité six fois supérieure d'avoir été hospitalisé pour ce type de problème et une probabilité neuf fois supérieure d'avoir eu des idées suicidaires. De même, on peut percevoir des liens entre certaines caractéristiques démographiques et les scores élevés à l'instrument (sexe, âge, statut marital, niveau socioéconomique) (Prévillé et al., 1992).

6.5 Caractéristiques familiales

6.5.1 Fonctionnement familial

Le fonctionnement familial est évalué à l'aide du FACES-IV (Olson, Gorall et Tiesel, 2006). Il s'agit de la dernière version d'un outil de mesure familiale auto-complété construit afin de mesurer la cohésion (la qualité des liens entre les membres de la famille) et la flexibilité familiale (la qualité du leadership et de l'organisation familiale). L'échelle contient 42 énoncés de type Likert en cinq points comprenant des choix allant de «Fortement en désaccord» à «Fortement en accord» (Olson et al., 2006).

Six échelles ont été développées, dont deux échelles balancées (cohésion balancée et flexibilité balancée) et quatre non balancées (désengagement, enchevêtrement, rigidité et chaos). Ces échelles ont été construites dans le but d'apprécier les extrêmes dans la cohésion (enchevêtrement et désengagement) et la flexibilité (rigidité et chaos). En utilisant les scores balancés et non balancés, on peut créer un ratio de cohésion et de flexibilité (proportion du fonctionnement balancé versus proportion du fonctionnement problématique). Deux autres échelles supplémentaires évaluent respectivement la communication familiale (10 items) et la satisfaction du répondant face à diverses sphères de sa famille (10 items) (Olson et al., 2006).

Au niveau des propriétés psychométriques, la consistance interne des six échelles du fonctionnement familial varie entre 0,77 et 0,89. La fidélité est donc acceptable pour des buts de recherche et possiblement pour l'application avec des individus où d'autres sources d'information sont disponibles. Au niveau de la corrélation entre les échelles du FACES-IV et d'autres échelles de validation (SFI, FAD, Satisfaction familiale), les corrélations sont relativement élevées, sauf pour les échelles d'enchevêtrement et de rigidité, qui présentent des corrélations relativement faibles avec les autres mesures. Au niveau de la capacité de l'instrument à discriminer

les familles problématiques de celles sans problème, le FACES-IV a permis d'identifier correctement entre 55% et 94% des sujets dans les deux groupes. La validité apparente a été obtenue par les cotations de thérapeutes familiaux et la validité de construit a été établie par l'analyse factorielle (Olson et al., 2006).

6.5.2 Exposition aux conflits conjugaux

L'exposition des jeunes aux conflits conjugaux est évaluée à l'aide de la version française du *Children Perception of Interparental Conflict Scale* – CPIC (Grych, Seid et Fincham, 1992). Ce questionnaire se compose de 5 des 49 items du *Children Perception of Interparental Conflict Scale* (CPIC) élaboré par Grych et al. (1992) et vise à évaluer la perception de l'adolescent de l'intensité des conflits qui surviennent entre ses parents. Le jeune doit indiquer s'il considère que chacun des énoncés est «Vrai», «Parfois vrai» ou «Faux» (Grych et al., 1992).

Bickham et Fiese (1997) ont observé les propriétés psychométriques du CPIC auprès d'un échantillon d'adolescents. Leur analyse factorielle confirme les trois facteurs principaux, à savoir: 1- caractéristiques des conflits (fréquence, intensité et résolution), 2- menace perçue et 3- sentiment de culpabilité. La cohérence interne de ces sous-échelles est évaluée à 0,95 pour les caractéristiques des conflits, à 0,88 pour la menace perçue et à 0,85 pour le sentiment de culpabilité, tandis que la fidélité test-retest s'élève respectivement à 0,95, 0,86 et 0,81 pour ces trois facteurs (Bickham et Fiese, 1997).

Quant à la validité du CPIC, Bickham et Fiese (1997) ont observé que la menace perçue était corrélée avec l'estime de soi, le sentiment de compétence et le sentiment d'identité chez les sujets de leur échantillon. Pour leur part, Harold et coll. (1997) considèrent que le CPIC est un instrument fidèle et valide.

La cohérence interne évaluée auprès des adolescents révèle un alpha de Cronbach de 0,79 pour la dimension fréquence des conflits et de 0,83 pour leur intensité. Du côté de la stabilité test-retest (intervalle de un an), on obtient chez les 9 à 11 ans un coefficient de 0,72 pour la fréquence et de 0,73 pour l'intensité. Chez les adolescents, ces coefficients sont respectivement de 0,74 et de 0,81 (Bickham et Fiese, 1997).

6.5.3 Expression des émotions dans la famille

L'expression des émotions dans la famille est évaluée à l'aide de la version française du *Self-Expressiveness in the Family Questionnaire* – SEFQ (Halberstadt, Cassidy, Stifer, Parke et Fox, 1995). Cette mesure a été conçue pour examiner la fréquence de l'expression émotionnelle à l'intérieur du contexte familial. Elle comporte 40 scénarios hypothétiques représentant un éventail d'émotions dans une variété de contextes typiques à plusieurs familles. Les répondants choisissent parmi une échelle Likert en neuf points allant de «Jamais ou rarement» à «Souvent ou très souvent». Les auteurs ont identifié deux facteurs principaux, soit le positif (émotion à teneur affective agréable) et le négatif (émotion à teneur affective désagréable) (Halberstadt et al., 1995).

Pour les adolescents, un score à l'expression des émotions positives est considéré moyen lorsque le score moyen par item se situe entre 5,7 et 8,1 (score total entre 131,1 et 186,3). Un score à l'expression des émotions négatives est considéré moyen lorsqu'il se situe entre 3,2 et 5,5 (score total entre 54,4 et 93,5). En ce qui concerne la mère, un score à l'expression des émotions positives est considéré moyen lorsque le score moyen par item se situe entre 5,7 et 8,1 (score total entre 131,1 et 186,3). Un score à l'expression des émotions négatives est considéré moyen lorsqu'il se situe entre 3,2 et 5,5 (score total entre 54,4 et 93,5). Au niveau du père, un score à l'expression des émotions positives est considéré moyen lorsque le score moyen par item se situe entre 5,1 et 7,3 (score total entre 117,3 et 167,9). Un score à l'expression

des émotions négatives est considéré moyen lorsqu'il se situe entre 3,2 et 4,9 (score total entre 54,4 et 83,3) (Halberstadt et al., 1995).

Quatre études se sont penchées sur la fidélité et la validité de l'instrument. Celles-ci ont tout d'abord reproduit la solution à deux facteurs retenue par les auteurs. Cela a permis de procéder à une analyse factorielle effectuée avec la rotation de Promax. Le facteur positif oscille entre 20 et 25 items selon les études, alors que le facteur négatif oscille entre 14 et 18 items selon les études. Dans tous les cas, cette analyse factorielle permet d'expliquer entre 33% et 53% de la variance. L'analyse a également permis de constater que certains items (19, 25, 29, 34,) étaient libellés de façon négative dans le test, alors qu'ils relevaient du facteur positif. En outre, l'item 13 était libellé positivement alors qu'il relèverait plutôt du facteur négatif. Dans un autre ordre d'idées, le coefficient de congruence entre les études 1 et 2 est de 0,89 et de 0,91 pour les facteurs positif et négatif. Il est de 0,96 et 0,92 pour le facteur positif et de 0,93 et 0,92 pour le facteur négatif entre les études 1, 2 et 3. En outre, le coefficient de congruence entre les études 1, 2, 3 et 4 il est de 0,96, 0,90, et 0,99 pour le facteur positif et de 0,96, 0,94 et de 0,96 pour le facteur négatif (Halberstadt et al., 1995).

Les études se sont également penchées sur la cohérence interne de l'outil. En ce qui concerne le facteur positif, l'alpha de Cronbach varie entre 0,91 et 0,94 pour le facteur positif selon les études, alors qu'il oscille entre 0,82 et 0,92 pour le facteur négatif. En ce qui concerne l'échelle totale, il varie entre 0,87 et 0,93 selon les études. Ces études ont donc établi que la cohérence interne est satisfaisante. Il en serait de même pour la stabilité temporelle sur huit mois et sur un an. La validité de construit serait appréciable. Elle a été évaluée à l'aide du lien entre les facteurs et la satisfaction conjugale et entre les facteurs et la solitude. La forte corrélation avec l'*Anger Expression Scale* a contribué à renforcer la validité convergente. De plus, la validité discriminante a été démontrée par le manque de relation avec la désirabilité sociale et la suppression de la colère. Aussi, cinq études utilisant le SEFQ ont prédit

et obtenu des associations significatives entre l'expressivité des parents et celle des enfants ainsi qu'entre les habiletés sociales et la popularité, suggérant que l'instrument mesure bien ce qu'il prétend évaluer. Enfin, la magnitude modérée observée dans la troisième étude permet de conclure que l'expression émotionnelle et l'émotion sont des construits séparés et bien distincts (Halberstadt et al., 1995).

6.5.6 *Qualité de la relation des parents à l'égard de leur enfant*

L'attitude du répondant envers l'enfant est évaluée à l'aide de l'Échelle d'attitude parentale (EAP), version française de l'*Index of Parental Attitude*, qui fait partie d'un ensemble d'instruments de mesure élaborés par Hudson (1982). L'EAP est une échelle de type Likert en cinq points allant de «Rarement ou jamais» à «La plupart du temps ou toujours», qui permet d'évaluer la qualité de la relation parent-enfant. Certains des 25 items sont des énoncés négatifs et d'autres des énoncés positifs, de façon à minimiser le risque de biais systématique de la part du répondant. Courte, facile à administrer, à remplir, à coter et à interpréter, l'EAP peut être utilisée lors de l'observation, de la consultation et de l'évaluation d'un traitement. Une cote de 30 ou plus indique que le parent éprouve des problèmes dans sa relation avec son enfant (Hudson, 1982).

L'instrument anglais a été partiellement validé par Hudson et al. (1980, dans Hudson, 1982). Sa cohérence interne globale est évaluée à 0,90 tandis que son homogénéité varie entre 0,41 et 0,86. La validité discriminante de la version anglaise de l'EAP est de 0,88, alors que sa validité de convergence varie entre 0,43 et 0,76. Quant à sa validité factorielle, elle est jugée excellente puisque la saturation des différents items varie entre 0,41 et 0,86 et se situe autour de 0,70 pour bon nombre d'entre eux (Hudson, 1982).

7. PROCEDURES D'ANALYSE DES DONNEES

L'objectif de notre étude de cas est de comparer des anorexiques prépubères à des adolescentes anorexiques restrictives et des adolescentes anorexiques boulimiques afin d'établir si les prépubères se distinguent des restrictives ou des boulimiques sur le plan de leurs caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales.

Afin d'atteindre cet objectif, nous avons présenté dans un premier temps, sous forme de tableau, les résultats de chacun des sujets à chacune des sous-échelles des variables évaluées. Puis, nous avons observé attentivement chacune des sous-échelles afin d'établir s'il était possible d'observer une tendance dans les résultats entre les sous-groupes. Notre analyse de données a donc principalement consisté en l'observation des tendances présentes entre les sous-groupes pour chacune des variables évaluées.

Lors de la présentation des résultats des données nous présentons dans le texte les moyennes obtenues pour chacun des sous-groupes à chacun des questionnaires utilisés.

QUATRIÈME CHAPITRE

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre est consacré à la présentation des résultats de notre étude de cas. Dans la première section, nous présenterons les principaux résultats de cette étude. Suivra la discussion de nos résultats. Dans la troisième section, nous conclurons et nous discuterons des limites de notre étude.

1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans cette première section, nous présenterons les résultats des sujets à chacun des instruments de mesure utilisés afin d'atteindre l'objectif de notre étude, soit de comparer des anorexiques prépubères (AP) à des adolescentes anorexiques restrictives (AR) et à des adolescentes anorexiques boulimiques (AB).

La présentation des résultats se fait en fonction des principales catégories de variables retenues, soit les caractéristiques alimentaires, personnelles et sociales des sujets, les caractéristiques personnelles des parents et les caractéristiques des familles. Nous conclurons cette section en tentant de dégager les principales tendances observées.

1.1 Caractéristiques alimentaires des sujets

1.1.1 Désordres alimentaires

Les désordres alimentaires des sujets ont été documentés à l'aide de l'Inventaire des désordres alimentaires et des difficultés psychologiques (EDI-3 de

Tableau 2
Scores obtenus (en centile) aux sous-échelles des désordres alimentaires (Garner, 2004) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Recherche de minceur	<u>18</u>	<u>2</u>	<u>33</u>	27	54	49	35	88	24
Comportements boulimiques	40	4	72	40	40	17	<u>84</u>	<u>99</u>	<u>85</u>
Insatisfaction concernant le corps	<u>20</u>	<u>1</u>	<u>10</u>	55	12	16	64	46	17

La lecture du tableau 2 permet de constater que les anorexiques prépubères (AP) se distinguent des anorexiques restrictives (AR) et des anorexiques boulimiques (AB) au niveau des sous-échelles recherche de minceur² (Moyennes AP = 17,6; AR = 43,3; AB = 49,0) et insatisfaction concernant le corps³ (Moyennes AP = 10,3; AR = 27,6; AB = 42,3). En effet, les scores des AP à ces sous-échelles sont plus bas que ceux obtenus par les AR et les AB. Cette même tendance semble s'observer entre les AR et les AB. En outre, les AP et les AR obtiennent des scores généralement plus bas que les AB à la sous-échelle comportements boulimiques⁴ (Moyennes AP = 38,6; AR = 32,3; AB = 89,3). Il est important de noter que ce dernier résultat va dans le sens de

¹ Les scores en caractères gras et soulignés sont ceux qui semblent distinguer plus particulièrement les sous-groupes concernés. Cette manière de présenter les résultats est appliquée tout au long de ce chapitre.

² Reflète un désir d'être plus mince, une inquiétude à propos de se mettre à la diète, une préoccupation face à son poids et une peur de prendre du poids qui sont typiques chez les patients présentant un trouble alimentaire.

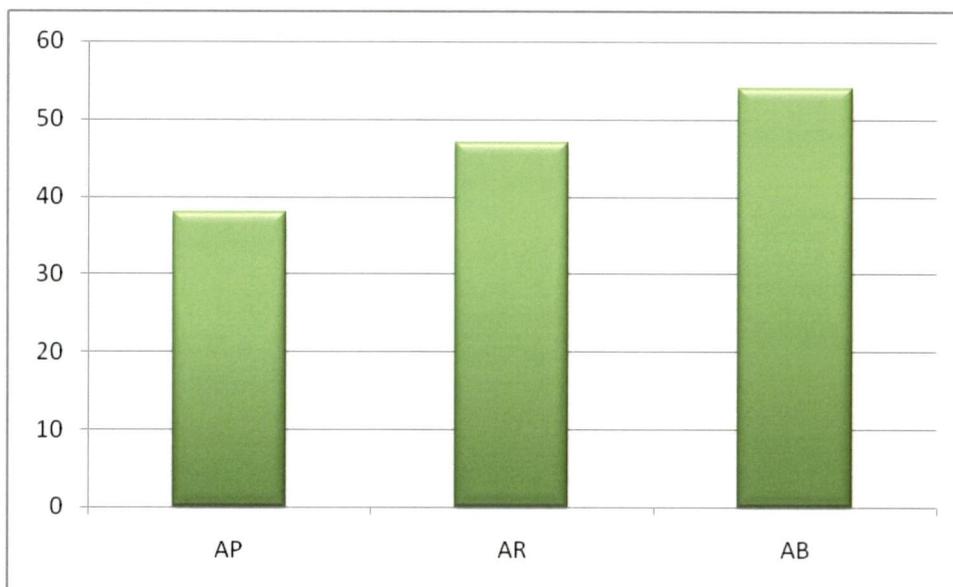
³ Reflète une insatisfaction corporelle et un mécontentement face à la taille ou la forme de son corps, en plus d'une tristesse considérable en regard de son poids. Cela indique aussi des sentiments très négatifs concernant des régions corporelles spécifiques - ventre, hanches, cuisses et fesses - qui sont des sources communes de préoccupations. Il y a souvent un inconfort intense avec la sensation d'être gonflé après avoir mangé un repas normal.

⁴ Indique que le jeune rapporte s'engager très fréquemment dans des pensées et/ou des comportements cohérents avec des excès alimentaires. Ce comportement est associé avec le secret, la détresse émotionnelle et au moins la pensée de vomir dans le but de perdre du poids.

que les AB à la sous-échelle comportements boulimiques⁴ (Moyennes AP = 38,6; AR = 32,3; AB = 89,3). Il est important de noter que ce dernier résultat va dans le sens de la symptomatologie observée chez les AB comparativement aux AR. Par ailleurs, il apparaît que les AP ne présenteraient pas plus de comportements boulimiques que les AR.

Poussant plus loin notre analyse, nous avons fait la somme des scores obtenus aux différentes sous-échelles des désordres alimentaires afin d'obtenir un score global de désordres alimentaires tel que suggéré par le concepteur de l'instrument de mesure. Nous avons par la suite calculé la moyenne de ces scores globaux et nous avons transformé les scores bruts moyens en scores T selon les tables de calcul proposées. Les résultats de cette analyse sont présentés dans la figure 2.

Figure 2
Scores T moyens de chaque sous-groupe obtenus à la sous-échelle risque total de désordres alimentaires



⁴ Indique que le jeune rapporte s'engager très fréquemment dans des pensées et/ou des comportements cohérents avec des excès alimentaires. Ce comportement est associé avec le secret, la détresse émotionnelle et au moins la pensée de vomir dans le but de perdre du poids.

Les scores T obtenus à la sous-échelle risque total de désordres alimentaires par les trois sous-groupes d'anorexiques sont de 37 pour les AP, 44 pour les AR et de 53 pour les AB. Ces résultats semblent indiquer que les désordres alimentaires des AP seraient un peu moins sévères que ceux des AR et des AB, et ceux des AR un peu moins sévères que ceux des AB.

1.2 Caractéristiques personnelles des sujets

Les principales caractéristiques personnelles que nous avons documentées sont l'ajustement psychologique, l'alexithymie, l'estime de soi, la dépression, la présence d'idéations suicidaires et la présence d'abus sexuels. La présence de comportements autodestructeurs et la consommation de drogues et d'alcool a également été évaluée. Or, nous avons choisi de ne pas présenter les résultats concernant ces deux dernières dimensions car aucun sujet de notre échantillon ne présentait de problème de cette nature.

1.2.1 Ajustement psychologique

Au niveau de l'ajustement psychologique des sujets, les AP semblent se distinguer des AR et des AB pour l'ensemble des sous-échelles, sauf pour la sous-échelle régulation émotionnelle. Dans les faits, il apparaît que les AP obtiennent des scores généralement plus faibles que ceux obtenus par les AR et les AB pour les sous-échelles faible estime de soi⁵ (Moyennes AP = 16,6; AR = 29,0; AB = 50,6), aliénation interpersonnelle⁶ (Moyennes AP = 31,6; AR = 39,6; AB = 61,6), déficit d'introspection⁷ (Moyennes AP = 8,3; AR = 58,3; AB = 65,6), perfectionnisme⁸

⁵ Faible estime de soi : reflète des sentiments significatifs d'insécurité personnelle, d'inadaptation, d'incompétence et une dévalorisation personnelle qui sont typiques des individus diagnostiqués avec un trouble alimentaire.

⁶ Aliénation interpersonnelle : reflète un niveau significatif de déception, de distance, d'éloignement et un manque de confiance dans les relations.

⁷ Déficit d'introspection : indique une confusion extrême dans la reconnaissance exacte et la réponse aux états émotionnels, de même qu'une peur intense et une méfiance à l'égard de certaines émotions lorsqu'elles sont trop fortes ou vécues comme hors de contrôle.

(Moyennes AP = 26,0; AR = 38,6; AB = 51,0), ascétisme⁹ (Moyennes AP = 23,3; AR = 50,6; AB = 55,6), peur de la maturité¹⁰ (Moyennes AP = 40,3; AR = 67,0; AB = 53,6), aliénation personnelle¹¹ (Moyennes AP = 16,3; AR = 37,3; AB = 66,0) et insécurité personnelle¹² (Moyennes AP = 33,0; AR = 70,0; AB = 75,0).

Tableau 3
Scores obtenus (en centile) aux sous-échelles de l'ajustement psychologique (Garner, 2004) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Faible estime de soi	<u>42</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	60	15	12	50	60	42
Aliénation interpersonnelle	<u>48</u>	<u>20</u>	<u>27</u>	40	75	4	79	27	79
Déficit d'introspection	<u>18</u>	<u>2</u>	<u>5</u>	63	56	56	87	42	68
Manque de régulation émotionnelle	18	3	62	18	43	36	<u>81</u>	<u>73</u>	<u>83</u>
Perfectionnisme	<u>5</u>	<u>1</u>	<u>72</u>	22	72	22	18	55	80
Ascétisme	<u>8</u>	<u>5</u>	<u>57</u>	43	96	13	24	77	66
Peur de la maturité	<u>58</u>	<u>34</u>	<u>29</u>	89	78	34	58	69	34
Aliénation personnelle	<u>36</u>	<u>2</u>	<u>11</u>	44	36	32	62	68	68
Insécurité personnelle	<u>58</u>	<u>34</u>	<u>7</u>	48	88	74	91	43	91

⁸ Perfectionnisme : indique une exigence incessante pour atteindre des standards élevés au niveau de la performance. Un échec à rencontrer ces exigences est associé à l'autocritique.

⁹ Ascétisme : indique une tendance extrême à rechercher la vertu à travers la poursuite d'idéaux spirituels tels que l'autodiscipline, l'abnégation, la retenue, le sacrifice de soi et le contrôle de ses envies (désirs) physiques.

¹⁰ Peur de la maturité : reflète une forte préférence à retourner à la sécurité que procure l'enfance et à éviter les exigences développementales.

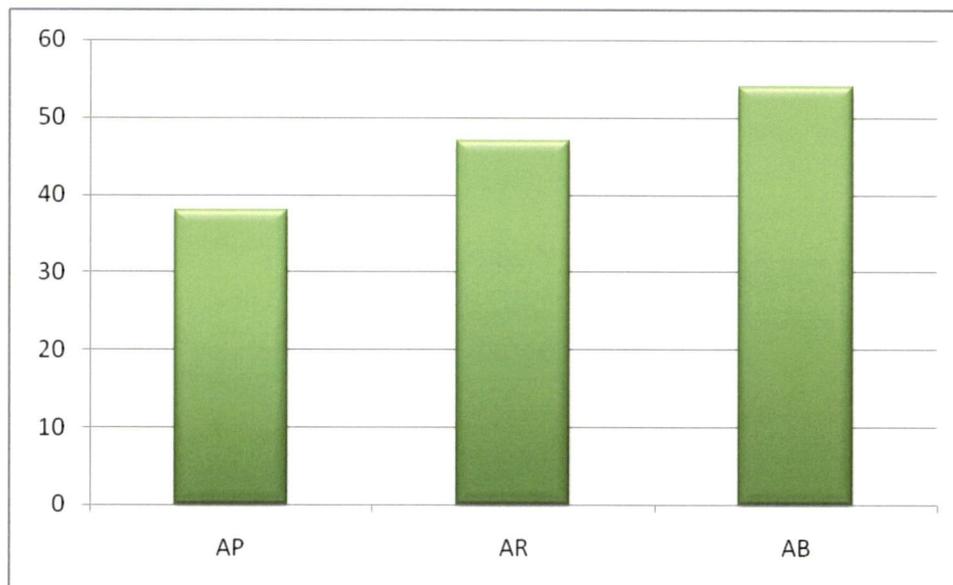
¹¹ Aliénation personnelle : reflète des sentiments significatifs de vide et de solitude émotionnelle et une pauvre compréhension de soi-même.

¹² Insécurité personnelle : reflète un inconfort, une appréhension et une réticence extrêmes dans les situations sociales.

Par ailleurs, il apparaît que les AB obtiennent des scores plus élevés à la sous-échelle manque de régulation émotionnelle¹³ que les AP et les AR (Moyennes AP = 27,6; AR = 32,3; AB = 79,0).

Comme nous l'avons fait précédemment, nous avons effectué la somme des scores obtenus aux différentes sous-échelles de l'ajustement psychologique afin d'obtenir un score global d'ajustement psychologique tel que suggéré par le concepteur de l'instrument de mesure. Pour ce faire, nous avons calculé la moyenne de ces scores globaux et nous avons transformé les scores bruts moyens en scores T selon les tables de calcul proposées. Les résultats de cette analyse sont présentés dans la figure suivante.

Figure 3
Scores T moyens de chaque sous-groupe obtenus à la sous-échelle manque d'ajustement sur le plan psychologique



¹³ Manque de régulation émotionnelle : indique une tendance extrême vers l'instabilité de l'humeur, l'impulsivité, l'insouciance, la colère et l'autodestruction. On peut retrouver des problèmes d'abus de substances.

Les scores T obtenus par les trois sous-groupes d'anorexiques sont de 38 pour les AP, 47 pour les AR et de 54 pour les AB. Tout comme pour les désordres alimentaires, ces résultats semblent indiquer que les difficultés d'ajustement psychologique des AP seraient un peu moins sévères que celles des AR et des AB, et celles des AR un peu moins sévères que celles des AB.

1.2.2 Alexithymie

En ce qui concerne les scores obtenus à l'échelle d'alexithymie¹⁴, les données présentées dans le tableau 4 indiquent que les scores obtenus par les AP de même que ceux obtenus par les AR sont inférieurs à ceux obtenus par les AB (Moyennes AP = 56,0; AR = 67,0; AB = 80,0). Ces données indiquent que les AB ont davantage de difficultés à distinguer leurs sentiments de leurs sensations corporelles et ont moins d'habiletés à décrire leurs sentiments aux autres comparativement aux AP et aux AR.

Tableau 4
Scores bruts obtenus à l'échelle d'alexithymie (Taylor et al., 1992) pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Score	69	62	37	NA	64	70	<u>84</u>	<u>67</u>	<u>89</u>

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

¹⁴ Alexithymie : les énoncés de l'instrument se divisent en deux facteurs distincts : 1- les items mesurant à la fois l'habileté à distinguer les sentiments des sensations corporelles associées à une sensibilité émotionnelle et l'habileté à décrire ses sentiments aux autres; 2- les items mesurant la pensée orientée vers l'extérieur (*externally oriented thinking*). Au dessus de 67 on considère que l'alexithymie est élevée.

1.2.3 Estime de soi

Au niveau de l'estime de soi, les données du tableau 5 signalent que les AP obtiennent des scores inférieurs à ceux des AR et des AB, ce qui indique qu'elles auraient une meilleure estime d'elles-mêmes que les AR et les AB. Cette même tendance s'observe entre les AR et les AB. Autrement dit, les AR auraient une meilleure estime d'elles-mêmes que les AB (Moyennes AP = 21,0; AR = 44,3; AB = 56,3).

Tableau 5
Scores bruts obtenus à l'échelle d'estime de soi (Hudson, 1982) pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Score	<u>33</u>	<u>12</u>	<u>18</u>	65	46	22	44	64	61

1.2.4 Sentiments dépressifs

Pour ce qui est de la dépression, les scores obtenus par les sujets à l'Inventaire de dépression de Beck sont présentés dans le tableau 6. Selon ces données, les AP obtiennent des scores inférieurs à ceux obtenus par les AR et par les AB à ce questionnaire (Moyennes AP = 5,6; AR = 27,0; AB = 21,6). Autrement dit, les AP reconnaîtraient avoir un niveau de dépression moins élevé que les AR ou que les AB.

Tableau 6
Scores bruts obtenus à l'échelle de dépression (Beck et al., 1996) pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Score	<u>9</u>	<u>0</u>	<u>8</u>	26	25	30	11	31	23

1.2.5 Idéations suicidaires

Le tableau suivant vise à présenter les résultats des sujets au questionnaire de l'Enquête Santé-Québec (1992) portant sur la présence d'idéations suicidaires. Il semble que les AP ne se distinguent pas des AR et des AB de façon notable pour cette dimension. En effet, dans l'ensemble de l'échantillon, un seul sujet présentant une AB reconnaît avoir eu des idéations suicidaires.

Tableau 7
Présence d'idéations suicidaires (Breton et coll., 1997) pour chacun l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Présence d'idéations dans les 12 derniers mois	non	non	non	non	non	non	non	oui	non

1.2.6 Abus sexuels

En ce qui a trait à la présence d'abus sexuel, la lecture du tableau 8 permet de constater que les AP ne se différencient pas des AR ou des AB sur cette dimension. En fait, aucun des sujets ne reconnaît avoir subi des abus sexuels dans le passé.

Tableau 8
Présence d'abus sexuels (Everson et al., 1989) pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Présence d'abus	non	non	non	non	non	non	non	non	non

Globalement, les données colligées concernant les caractéristiques personnelles des sujets des différents sous-groupes d'anorexiques indiquent que les AP présenteraient globalement moins de difficultés d'ajustement psychologique, une alexithymie moins élevée, une meilleure estime de soi et moins de sentiments dépressifs que les sujets des deux autres sous-groupes. Cette même tendance s'observe entre les AR et les AB concernant les difficultés d'ajustement psychologique, l'alexithymie et l'estime de soi. Ces résultats semblent indiquer que le portrait clinique des AP serait globalement un peu moins sévère que celui des AR et des AB. De même, le portrait clinique global des AR serait globalement un peu moins sévère que celui des AB.

1.3 Caractéristiques sociales des sujets

Dans le cadre de cette recherche, nous avons également documenté certaines caractéristiques sociales des sujets, notamment l'attachement aux amis, le temps partagé avec les amis ainsi que la diversité et la densité du réseau social de soutien.

1.3.1 Attachement aux amis

Au niveau de l'attachement aux amis, la lecture du tableau 9 permet de constater que les AP semblent se distinguer, du moins en partie, des AR et des AB sur le plan de la sous-échelle aliénation¹⁵ (Moyennes AP = 13,0; AR = 18,0; AB = 18,6). En effet, les scores obtenus par les AP sont un peu plus faibles que ceux des AR ou des AB, ce qui indique qu'elles vivent un peu moins de colère et d'isolement interpersonnel face à leurs amis que les AR et les AB. Par ailleurs, les AP ne semblent pas se différencier des AR et des AB pour les sous-échelles confiance¹⁶ (Moyennes AP = 46,6; AR = 38,5; AB = 40,0) et communication¹⁷ (Moyennes AP = 25,3; AR = 25,5; AB = 29,6).

Tableau 9
Scores bruts obtenus aux sous-échelles de l'attachement face aux amis (Armsden et Greenberg, 1987) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Confiance	42	48	50	NA	30	47	26	50	44
Communication	27	26	23	NA	21	30	22	35	32
Aliénation	<u>17</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	NA	19	17	19	17	20

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

1.3.2 Temps partagé

En ce qui concerne le temps partagé avec les amis, les données présentées dans le tableau 10 indiquent que les AP semblent passer moins d'heures seules la

¹⁵ Aliénation : évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel.

¹⁶ Confiance : reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect.

¹⁷ Communication : mesure l'étendue de la communication orale.

semaine (Moyennes AP = 2,6; AR = 4,0; AB = 4,0) et la fin de semaine (Moyennes AP = 2,6; AR = 4,3; AB = 4,3) comparativement aux AR et aux AB. Cependant, les AP ne semblent pas se distinguer de façon notable des AR et des AB au niveau du temps partagé avec les amis la semaine (Moyennes AP = 3,3; AR = 3,3; AB = 2,6) et du temps partagé avec les amis la fin de semaine (Moyennes AP = 2,6; AR = 2,6; AB = 3,0).

Tableau 10
Scores obtenus aux sous-échelles du temps partagé (Cochran et Bo, 1989) avec les amis pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Avec les amis la semaine	3	3	4	2	4	4	4	3	1
Avec les amis la fin de semaine	3	4	1	2	1	5	3	5	1
Temps passé seul la semaine	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	4	5	3	3	4	5
Temps passé seul la fin de semaine	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	3	5	5	4	5	4

Légende

1 = aucun temps, 2 = une heure et moins, 3 = entre 1 et 2 heures, 4 = entre 2 et 3 heures, 5 = plus de 3 heures.

1.3.3 Densité et diversité du réseau social

Sur le plan de la densité et de la diversité¹⁸ du réseau social de soutien, les données indiquent que le réseau social de soutien des AP serait moins diversifié que celui des deux autres sous-groupes (Moyennes AP = 3,6; AR = 5,3; AB = 5,0). Par ailleurs, la densité¹⁹ du réseau social semble plus élevée chez les AB que chez les

¹⁸ Diversité du réseau : nombre de catégories représentées dans la carte de réseau.

¹⁹ Densité du réseau : nombre total de personnes présentes dans la carte de réseau.

deux autres sous-groupes (Moyennes AP = 11,0; AR = 10,6; AB = 23,0). Il est possible cependant que cette différence soit attribuable uniquement au score élevé obtenu par le sujet AB2 sur cette dimension.

Tableau 11
Scores obtenus aux sous-échelles de densité et de diversité du réseau social de soutien (Desmarais et al., 1982) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Diversité du réseau	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>2</u>	6	4	6	5	5	5
Densité du réseau	6	18	9	12	8	12	<u>14</u>	<u>44</u>	<u>11</u>

En résumé, les données présentées dans les tableaux 9 à 11 indiquent que les AP se distinguent à la fois des AR et des AB sur le plan des dimensions suivantes : sous-échelle aliénéation de l'attachement face aux amis, temps passé seul la semaine, temps passé seul la fin de semaine et diversité du réseau social. Plus précisément, les AP obtiennent des scores inférieurs à ceux des AR et des AB à la sous-échelle aliénéation de l'attachement face aux amis. Les AP passeraient davantage de temps seuls la semaine et la fin de semaine comparativement aux AR et aux AB. Enfin, leur réseau social serait moins diversifié que celui des AR et des AB.

Par ailleurs, les anorexiques AP ne se distinguent pas des AR et des AB en ce qui concerne les sous-échelles confiance et communication (questionnaire de l'attachement aux amis) et au niveau du temps partagé avec les amis la semaine et la fin de semaine.

1.4 Caractéristiques personnelles des parents

Les caractéristiques personnelles des parents ont été évaluées à l'aide de l'Indice de détresse psychologique de Prévillle et al. (1992). Cet outil a permis d'évaluer le niveau de détresse psychologique des parents au cours de la semaine précédant le moment de l'évaluation.

1.4.1 Détresse psychologique

En ce qui concerne la détresse psychologique perçue par les mères des différents sous-groupes, les données colligées dans le tableau 12 indiquent que les mères des AP présenteraient un indice de détresse psychologique généralement supérieur à celui obtenu par les mères des AR et les mères des AB (Moyennes AP = 2,0; AR = 1,8; AB = 1,7).

Tableau 12
Scores moyens d'indice de détresse psychologique (Prévillle et al., 1992) pour les mères de l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Indice de détresse psychologique	<u>2,48</u>	<u>2,17</u>	<u>1,62</u>	1,72	1,83	2,10	2,03	1,34	1,72

Dans le même ordre d'idées, la lecture du tableau 13 permet de constater que les pères des AB présenteraient un indice de détresse psychologique un peu inférieur à celui des pères des AP et des AR (Moyennes AP = 1,6; AR = 1,7; AB = 1,2).

Tableau 13
Scores moyens d'indice de détresse psychologique (Préville et al., 1992) pour les pères de l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Indice de détresse psychologique	1,79	1,24	1,86	1,55	1,21	2,34	<u>1,28</u>	<u>0,97</u>	<u>1,48</u>

Dans l'ensemble, les mères des AP semblent présenter un indice de détresse psychologique supérieur à celui des mères des AR et des AB. Par ailleurs, les pères des AB présenteraient un indice de détresse psychologique un peu inférieur aux pères des deux autres sous-groupes.

1.5 Caractéristiques familiales

Dans le cadre de cette étude, nous avons documenté différentes caractéristiques familiales, dont le fonctionnement familial, l'exposition des jeunes aux conflits conjugaux, l'expression des émotions dans la famille, l'attachement du jeune face à ses parents et la qualité de la relation parents-jeunes.

1.5.1 Fonctionnement familial

Sur le plan du fonctionnement familial, le tableau 14 donne un aperçu des scores obtenus par les jeunes à chacune des sous-échelles du FACES IV de Olson et al. (2006). Ainsi, il semble que les scores centiles obtenus par les AP sont inférieurs à ceux des AR et des AB au niveau de la cohésion balancée (Moyennes AP = 25,3; AR = 63,0; AB = 34,6), de la rigidité (Moyennes AP = 18,6; AR = 50,0; AB = 53,6) et du fonctionnement chaotique (Moyennes AP = 19,6; AR = 24,3; AB = 23,6). Ces scores indiquent que les jeunes AP perçoivent que leur famille est globalement peu liée, moins rigide et fonctionne de façon moins chaotique que celles des jeunes AR et AB.

Dans un autre ordre d'idées, les AR obtiendraient des scores centiles un peu supérieurs à ceux des AP et des AB sur le plan de l'enchevêtrement (Moyennes AP = 13,3; AR = 20,0; AB = 16,3), de la communication (Moyennes AP = 44,3; AR = 64,0; AB = 40,3) et du ratio de cohésion (Moyennes AP = 1,9; AR = 2,3; AB = 1,7). Ces résultats indiquent globalement que les AR ont une perception un peu plus positive du fonctionnement de leur famille que les AP et les AB, principalement sur le plan de la communication et de la cohésion familiale. Par ailleurs, les AB semblent obtenir des scores centiles plus faibles que les AP et les AR à la sous-échelle satisfaction du fonctionnement de la famille (Moyennes AP = 32,6; AR = 45,6; AB = 19,0). Enfin, les AP ne semblent pas se distinguer de façon notable des AR et des AB pour les sous-échelles flexibilité balancée (Moyennes AP = 47,3; AR = 66,0; AB = 54,3), désengagement (Moyennes AP = 25,0; AR = 21,6; AB = 34,0) et ratio de flexibilité (Moyennes AP = 1,7; AR = 1,4; AB = 1,3).

Tableau 14
Scores obtenus (en centile) par les jeunes aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Cohésion balancée	<u>12</u>	<u>50</u>	<u>14</u>	69	90	30	40	50	14
Flexibilité balancée	12	75	55	60	88	50	55	20	93
Désengagement	26	13	36	18	15	32	16	50	36
Enchevêtrement	15	13	12	<u>10</u>	<u>18</u>	<u>32</u>	15	14	20
Rigidité	<u>20</u>	<u>16</u>	<u>20</u>	30	70	50	26	80	55
Chaotique	<u>13</u>	<u>20</u>	<u>26</u>	26	13	34	26	13	32
Communication	14	83	36	<u>74</u>	<u>86</u>	<u>32</u>	65	28	28
Satisfaction	13	45	40	40	79	18	<u>35</u>	<u>10</u>	<u>12</u>
Ratio de cohésion	1,33	3,00	1,43	<u>2,90</u>	<u>2,75</u>	<u>1,33</u>	2,26	1,64	1,18
Ratio de flexibilité	1,30	2,15	1,67	1,52	1,62	1,10	1,50	0,87	1,48

Quand on regarde de plus près les scores centiles obtenus par les mères au même questionnaire, il apparaît, selon le tableau 15, que les mères des AP semblent obtenir des scores plus élevés que les mères des AR ou des AB au niveau de la sous-échelle rigidité (Moyennes AP = 49,3; AR = 36,3; AB = 24,0). D'un autre côté, les mères des AP et celles des AR semblent aussi se distinguer de façon notable des mères des AB en obtenant des scores centiles plus élevés aux sous-échelles cohésion balancée (Moyennes AP = 65,0; AR = 56,0; AB = 40,0), désengagement (Moyennes AP = 18,6; AR = 20,0; AB = 15,3) et satisfaction (Moyennes AP = 27,0; AR = 32,6; AB = 21,0). Par ailleurs, les mères des AP et des AR semblent obtenir des scores centiles inférieurs à ceux des mères des AB à la sous-échelle fonctionnement chaotique (Moyennes AP = 11,0; AR = 10,6; AB = 23,0). Enfin, les mères des différents sous-groupes ne se distinguent pas sur le plan du ratio de cohésion

(Moyennes AP = 2,8; AR = 2,06; AB = 2,3) et sur celui du ratio de flexibilité (Moyennes AP = 1,5; AR = 1,5; AB = 1,5).

Tableau 15
Scores obtenus (en centile) par les mères aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Cohésion balancée	40	86	69	30	69	69	50	30	40
Flexibilité balancée	40	50	75	35	60	83	55	50	70
Désengagement	26	10	20	24	20	16	13	18	15
Enchevêtrement	13	12	18	18	15	14	32	13	12
Rigidité	50	30	68	18	55	36	16	20	36
Chaotique	18	12	12	18	15	34	60	26	18
Communication	65	70	62	58	65	58	86	40	50
Satisfaction	30	30	21	45	40	13	30	10	23
Ratio de cohésion	2,08	4,27	2,15	1,71	2,32	2,64	2,00	2,18	2,74
Ratio de flexibilité	1,17	1,84	1,60	1,54	1,43	1,49	1,30	1,53	1,64

Au niveau des scores centiles obtenus par les pères à la sous-échelle fonctionnement familial, les données présentées dans le tableau 16 indiquent que les pères des AP obtiennent des score centiles supérieurs aux pères des AR et des AB à la sous-échelle cohésion balancée (Moyennes AP = 53,3; AR = 23,3; AB = 36,6) et un peu supérieurs à la sous-échelle fonctionnement chaotique (Moyennes AP = 22,0; AR = 31,3; AB = 26,0). Les pères des AP et les pères des AB semblent également se distinguer des pères des AR en obtenant des scores centiles plus élevés aux sous-échelles flexibilité balancée (Moyennes AP = 61,6; AR = 41,6; AB = 63,3), communication (Moyennes AP = 60,6; AR = 37,3; AB = 51,3), ratio de cohésion

(Moyennes AP = 1,9; AR = 1,2; AB = 2,0) et ration de flexibilité (Moyennes AP = 1,5; AR = 1,2; AB = 1,6). En contrepartie, les pères des AP et les pères des AB obtiennent des scores centiles un peu plus faibles que ceux obtenus par les pères des AR à la sous-échelle désengagement (Moyennes AP = 22,0; AR = 28,6; AB = 22,6). Par ailleurs, les pères des AP et des AR semblent obtenir des scores plus élevés que ceux des pères des AB à la sous-échelle enchevêtrement (Moyennes AP = 23,6; AR = 27,3; AB = 15,3). Enfin, les pères des AP ne semblent pas se distinguer des pères des AR et des AB au niveau de la rigidité (Moyennes AP = 38,0; AR = 32,0; AB = 33,3) et de la satisfaction (Moyennes AP = 30,3; AR = 33,6; AB = 32,6).

Tableau 16
Scores obtenus (en centile) par les pères aux sous-échelles du fonctionnement familial (Olson et al., 2006) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Cohésion balancée	40	60	60	20	40	10	40	40	30
Flexibilité balancée	50	60	75	60	40	25	60	65	65
Désengagement	20	20	26	34	18	34	18	32	18
Enchevêtrement	16	40	15	24	32	26	14	18	14
Rigidité	34	30	50	16	60	30	13	32	55
Chaotique	16	32	18	34	20	40	32	16	30
Communication	74	58	50	40	62	10	70	40	44
Satisfaction	40	28	23	25	66	10	30	23	45
Ratio de cohésion	2,00	1,60	2,07	1,29	1,68	0,91	2,26	1,68	2,09
Ratio de flexibilité	1,48	1,43	1,56	1,61	1,08	0,95	1,85	1,73	1,27

1.5.2 Exposition aux conflits conjugaux

En ce qui concerne l'exposition des sujets aux conflits conjugaux, la lecture du tableau 17 permet de constater que les AP semblent se différencier de façon notable des AR et des AB. En effet, les AP semblent moins exposés aux conflits conjugaux que les sujets des deux autres sous-groupes (Moyennes AP = 2,3; AR = 4,0; AB = 4,3).

Tableau 17
Scores bruts des sujets pour l'exposition aux conflits conjugaux (Grych et al., 1992)
pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Score total	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>0</u>	NA	4	4	6	7	2

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

De même, selon les parents répondants, les AP ne seraient pas moins exposés aux conflits conjugaux que les sujets des deux autres sous-groupes (Moyennes AP = 2,0; AR = 3,5; AB = 3,0).

Tableau 18
Scores bruts des parents pour l'exposition aux conflits conjugaux (Grych et al., 1992)
pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Score total	3	0	3	NA	3	4	2	4	3

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

1.5.3 Expression des émotions dans la famille

Concernant maintenant la dimension expression des émotions dans la famille, la lecture du tableau 19, permet de constater qu'il y a moins d'expression d'émotions négatives dans les familles des AP et des AR, comparativement aux familles des AB (Moyennes AP = 3,7; AR = 4,0; AB = 5,25). Les trois sous-groupes ne semblent pas se distinguer concernant l'expression des émotions positives dans leur famille (Moyennes AP = 6,4; AR = 6,8; AB = 6,2).

Tableau 19
Scores moyens obtenus par les sujets à l'expression des émotions (Halberstadt et al., 1995) dans la famille pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Expression des émotions positives	4,48	6,43	8,39	NA	6,52	7,10	6,96	6,35	5,35
Expression des émotions négatives	4,29	4,69	2,12	NA	3,71	4,47	4,18	5,94	5,65

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

Du point de vue des mères et des pères, il n'y aurait pas de différence entre les trois sous-groupes concernant l'expression des émotions positives ou négatives dans les familles (voir le tableau 20).

Tableau 20
Scores moyens et les moyennes obtenus par les mères et les pères à l'expression des émotions (Halberstadt et al., 1995) dans la famille pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Expression des émotions positives selon les mères	7,26	7,74	7,43	NA	6,74	8,26	8,17	6,78	6,04
Expression des émotions négatives selon les mères	4,76	3,71	4,41	NA	4,59	4,59	4,35	4,00	3,59
Expression des émotions positives selon les pères	6,57	7,26	5,65	NA	5,91	6,74	7,35	5,70	7,26
Expression des émotions négatives selon les pères	2,88	5,06	4,24	NA	3,53	4,41	3,65	4,12	3,94

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

1.5.4 Attachement aux parents

En ce qui concerne l'attachement face au père, les données présentées dans le tableau 21 indiquent que les adolescentes AB ont une perception plus négative de leur relation d'attachement à leur père que les jeunes des deux autres sous-groupes sur l'ensemble des sous-échelles du questionnaire, soit la confiance²⁰ (Moyennes AP = 43,3; AR = 42,0; AB = 34,0), la communication²¹ (Moyennes AP = 35,3; AR = 40,5; AB = 29,0) et l'aliénation²² (Moyennes AP = 13,6; AR = 15,0; AB = 23,0).

²⁰ Confiance : reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect.

²¹ Communication : mesure l'étendue de la communication orale.

²² Aliénation : évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel.

Tableau 21
Scores bruts obtenus par les sujets aux sous-échelles de l'attachement face au père
(Halberstadt et al., 1995) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Confiance	30	50	50	NA	40	44	<u>44</u>	<u>23</u>	<u>35</u>
Communication	24	44	38	NA	44	37	<u>44</u>	<u>19</u>	<u>24</u>
Aliénation	20	9	12	NA	15	15	<u>16</u>	<u>33</u>	<u>20</u>

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

La tendance semble la même concernant la relation d'attachement des jeunes à l'égard de leur mère. Les données présentées dans le tableau 22 indiquent que les adolescentes AB ont une perception un peu plus négative de leur relation d'attachement à leur mère que les jeunes des deux autres sous-groupes sur l'ensemble des sous-échelles du questionnaire, soit la confiance²³ (Moyennes AP = 43,3; AR = 44,0; AB = 37,0), la communication²⁴ (Moyennes AP = 40,6; AR = 42,0; AB = 37,6) et l'aliénation²⁵ (Moyennes AP = 13,3; AR = 14,0; AB = 21,3).

²³ Confiance : reflète le degré de compréhension mutuelle et de respect.

²⁴ Communication : mesure l'étendue de la communication orale.

²⁵ Aliénation : évalue les sentiments de colère et d'isolement interpersonnel.

Tableau 22
Scores bruts obtenus par les sujets aux sous-échelles de l'attachement face à la mère
(Armsden et Greenberg, 1987) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Confiance	31	49	50	NA	38	50	<u>43</u>	<u>29</u>	<u>39</u>
Communication	27	45	50	NA	34	50	<u>44</u>	<u>35</u>	<u>34</u>
Aliénation	19	13	8	NA	19	9	<u>16</u>	<u>26</u>	<u>22</u>

* Ce sujet n'a pas complété ce questionnaire.

1.5.5 Qualité de la relation des parents à l'égard de leur enfant

Concernant la qualité de la relation parents-jeunes du point de vue des parents, les scores présentés dans le tableau qui suit indiquent qu'il n'y a pas de différence marquée entre les trois sous-groupes d'anorexiques sur cette dimension tant du point de vue des mères (Moyennes AP = 20,3; AR = 17,0; AB = 12,0) que des pères (Moyennes AP = 16,6; AR = 12,3; AB = 12,0).

Tableau 23
Scores bruts obtenus par les mères et les pères à l'échelle de qualité de la relation
avec l'enfant (Hudson, 1982) pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1*	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Selon la mère	24	17	20	27	14	10	11	5	20
Selon le père	19	9	22	21	14	2	6	16	14

1.6 Conclusion

Les résultats présentés dans les tableaux 2 à 23 permettent de dégager un certain nombre de constats.

Sur le plan des caractéristiques alimentaires, les résultats de notre étude indiquent que les AP présentent des désordres alimentaires moins sévères que les AR et les AB. Il en est de même pour les AR par rapport aux AB.

Sur le plan psychologique, les résultats de notre étude indiquent que les AP présenteraient un profil clinique moins sévère que les AR et les AB, tant sur le plan de l'ajustement psychologique, de l'alexithymie, de l'estime de soi et des sentiments dépressifs. Cette même tendance s'observe entre les AR et les AB. Autrement dit, le profil clinique global des AR serait moins sévère que celui des AB.

Sur le plan des caractéristiques sociales, les AP se distingueraient des AR et des AB sur certaines variables : elles obtiennent des scores plus bas que ceux des AR et des AB à la sous-échelle aliénation dans le questionnaire qui permet d'évaluer l'attachement face aux amis. De plus, les AP semblent également passer moins de temps seuls la semaine ou la fin de semaine, comparativement aux AR et aux AB. Enfin, le réseau social des AP seraient moins diversifié que celui des AR et des AB.

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles des parents, il ressort que les mères des AP obtiennent des scores supérieurs à ceux des mères des AR et des AB à l'Indice de détresse psychologique de Prévillle (1992). Dans le même ordre d'idées, les scores obtenus par les pères des AP et des AR seraient aussi un peu plus élevés à ce questionnaire que les pères des AB.

Enfin, sur le plan familial, certaines distinctions entre les AP, les AR et les AB peuvent être globalement soulevées. D'abord les jeunes AP et AB ont une

perception moins positive que les AR du fonctionnement de leur famille sur le plan du ratio²⁶ de cohésion familiale. En contrepartie, les pères des AP et des AB ont une perception plus positive que les AR sur cette même dimension. Enfin, il n'y a pas de différence entre les perceptions des mères sur cette même dimension. Sur le plan du ratio de flexibilité familiale, il n'y a pas de différence de perception entre les trois sous-groupes selon le point de vue des jeunes et des mères. Par contre, les pères des AP et des AB ont une perception plus positive du fonctionnement de leur famille sur cette dimension. Globalement on ne peut conclure que cette variable permet de distinguer clairement les trois sous-groupes entre eux.

Par ailleurs, les AP semblent moins exposés aux conflits conjugaux que les AR et les AB selon le point de vue des jeunes et des parents. Enfin, il n'y a pas de différence entre les sous-groupes concernant l'expression des émotions positives ou négatives dans la famille. Seules les AB perçoivent davantage d'expression d'émotions négatives dans leur famille.

Enfin, sur le plan de la relation parents-jeunes, les AB perçoivent la relation d'attachement avec leur mère et leur père comme étant plus négative que les AP et les AR. Du point de vue de la qualité de la relation parents-jeunes, on n'observe pas de différence marquée entre les trois sous-groupes, tant du point de vue des mères que des pères.

Dans l'ensemble, les AP se distinguent des AR et des AB sur le plan de la sévérité de leurs désordres alimentaires et de leur profil psychologique général. Les mères des AP présentent davantage de détresse psychologique que les mères des deux autres sous-groupes, ce qui n'est pas le cas pour les pères. En outre, les trois sous-groupes ne semblent pas se distinguer de façon notable, tant sur le plan du

²⁶ Ce ratio est le résultat du rapport entre le fonctionnement équilibré et le fonctionnement pathologique. Un score de 1 et plus est un indice d'un fonctionnement équilibré sur cette dimension

fonctionnement des familles que sur le plan de la relation parent-jeunes. Dans l'ensemble, il ressort que les AP présenteraient un profil clinique un peu moins sévère que les AR et AB, et ce, tant sur le plan des désordres alimentaires que sur le plan de l'ajustement psychologique. Cette tendance serait la même entre les AR et les AB.

2. DISCUSSION

L'objectif de cette étude de cas était de comparer des anorexiques prépubères (AP) à des adolescentes anorexiques restrictives (AR) et à des adolescentes anorexiques boulimiques (AB), afin d'établir si les AP se distinguent des AR et des AB sur le plan de leurs caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales. Les résultats de notre étude de cas permettent de conclure que les AP semblent se distinguer des AR et des AB sur un certain nombre de dimensions.

D'abord, sur le plan des dysfonctions alimentaires, nos résultats indiquent que les AP semblent présenter des difficultés moins sévères que les AR et les AB, plus particulièrement sur le plan de la recherche de la minceur et de l'insatisfaction concernant le corps. Cette même tendance semble s'observer entre les AR et les AB. En effet, les AR présenteraient des désordres alimentaires moins sévères que les AB, les résultats de ces dernières étant particulièrement élevés sur le plan des comportements boulimiques, ce qui contribue au score total plus élevé des dysfonctions alimentaires chez les AB.

Ensuite, sur le plan de l'ajustement psychologique, il ressort que les AP semblent présenter des difficultés moins sévères que les AR et les AB, notamment au niveau de l'estime de soi, de l'aliénation interpersonnelle, du déficit d'introspection, du manque de régulation émotionnelle, du perfectionnisme, de l'ascétisme, de la peur de la maturité, de l'aliénation personnelle et de l'insécurité personnelle. De plus, il apparaît que les AP présentent une alexithymie moins élevée, une meilleure estime de soi et moins de sentiments dépressifs que les sujets des deux autres sous-groupes.

Enfin, on note que, tout comme pour les désordres alimentaires, cette même tendance s'observe entre les AR et les AB.

Par ailleurs, les résultats de notre étude indiquent que les trois sous-groupes ne semblent pas se distinguer de façon notable, tant sur le plan du fonctionnement des familles que sur le plan de la relation parents-jeunes, sauf sur le fait que les AB perçoivent un peu plus de difficultés que les AP et les AR sur le plan de la satisfaction du fonctionnement de leur famille (selon l'adolescente et la mère), de l'expression d'émotions négatives dans la famille (selon les adolescentes) et de leur relation d'attachement face à la mère et au père.

Globalement, ces résultats semblent indiquer que le portrait clinique des AP serait un peu moins sévère que celui des AR et des AB. De même le portrait clinique global des AR serait globalement un peu moins sévère que celui des AB. Cette dernière observation concernant les différences entre les AR et les AB va dans le même sens que celles effectuées par les chercheurs dans le domaine. Dans les faits, les écrits recensés ont permis d'établir que comparativement aux AR, les AB auraient un désir de minceur plus important, seraient plus perfectionnistes et auraient une plus faible introspection (reconnaissance des émotions) que les AR (Mizuta et al., 2002). De même, les AB feraient davantage preuve d'ascétisme et vivraient plus d'insécurité au plan social que les AR (Mizuta et al., 2002). De plus, les AB se percevraient comme étant significativement plus troublées psychologiquement et en détresse qu'un groupe contrôle (Casper et Troiani, 2000; Wilfley, Bishop, Wilson et Agras, 2007). En outre, Casper (1998, dans Pearlstein, 2002) fait remarquer que les AB présenteraient davantage de troubles dépressifs que les AR. Par ailleurs, il ressort que la communication mère-enfant serait moins bonne dans les familles de AB comparativement aux AR et que le fonctionnement familial des AB présenterait davantage de lacunes et serait plus conflictuel et dysfonctionnel que celui des AR (Casper et Troiani, 2000; Fornari et al., 1999; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, Tocilj, 2005). Enfin, la sévérité plus importante des portraits cliniques des AB

comparativement aux AR va dans le sens des observations de chercheurs sur le traitement de ces pathologies qui observent que les AB seraient plus difficiles à soigner que les AR (Bruch, 1979; Bulik et al., 1999, dans Garner, 2004; Herzog et al., 1996, dans Szabo, 1998).

Différents constats peuvent être dégagés concernant les comparaisons entre les AP d'une part, et les AR et les AB d'autre part. En premier lieu, comme nous l'avons mentionné dans la section méthodologie, l'indice de masse corporelle moyen (IMC) des AP était plus faible que l'IMC moyen des AR et des AB qui composent la banque de données (Pauzé, 2009) à partir de laquelle nous avons réalisé la présente étude. En conséquence, pour que le poids des sujets sur lesquels portent la présente étude soit le plus comparable possible, nous avons dû sélectionner les AR et les AB qui présentaient les IMC les plus faibles dans ces échantillons. L'IMC des sujets sélectionnés chez les AR et les AB est globalement inférieur à celui de l'ensemble des sujets AR et AB de l'échantillon de Pauzé (2009). Ce premier constat va dans le sens des études de Jacobs et Isaacs (1986), Matsumoto et al. (2001) et Mouren-Simeoni et al. (1993) qui observent également un poids plus faible chez les AP au moment de l'évaluation comparativement aux anorexiques postpubères.

Par ailleurs, au niveau des comportements alimentaires, les AP de notre étude semblent présenter des désordres alimentaires moins sévères que les AR et les AB. Ce résultat est contraire aux observations d'Arnou et al. (1999) qui spécifient que les AP seraient significativement plus perturbés sur ce plan que les anorexiques postpubères. Par ailleurs, nos données vont dans le sens de celles de Gowers et al. (1991) qui mettent en lumière le fait que les AP auraient moins de comportements boulimiques que les anorexiques postpubères. Cette observation est également corroborée par Bryant-Waugh et al. (1996) et Mouren-Simeoni et al. (1993).

Sur le plan de l'ajustement psychologique, nos données vont, en bonne partie, dans le sens des observations d'Arnou et al. (1999) qui indiquent que les AP présenteraient une perception d'indépendance et de confiance en soi accrue ainsi que des scores significativement plus faibles que les sujets postpubères pour les échelles d'incompétence, d'introspection et de méfiance envers les autres. De même, les AP de notre étude obtiennent des scores inférieurs à ceux des AR et des AB sur l'échelle des sentiments dépressifs. Or, ce résultat ne va pas dans le sens des observations d'Arnou et al. (1999) qui signalent que les AP et les anorexiques postpubères ne présentent pas de différence au niveau des mesures de dépression et d'anxiété.

Globalement, sur le plan social, les AP de notre étude ne se distinguent pas de façon marquée des anorexiques postpubères. D'abord, nos résultats se distinguent de ceux de Jacobs et Isaacs (1986) qui observent que davantage d'AP auraient des relations difficiles avec leurs pairs. Ensuite, nos résultats ne corroborent pas ceux de Gowers et al. (1991) qui laissent entendre que les AP auraient une meilleure adaptation psychosociale que les anorexiques postpubères. Ces différences entre nos résultats et ceux des études recensées peuvent possiblement s'expliquer par des différences importantes concernant les outils d'évaluation utilisés.

Enfin, sur le plan familial, nos données de recherche indiquent que les trois sous-groupes ne semblent pas se distinguer de façon notable sur le plan du fonctionnement des familles et de la relation parents-jeunes. Ce résultat va dans le sens de l'étude de Jacobs et Isaacs (1986) qui n'identifie pas de différence entre les AP et les anorexiques postpubères au niveau des perturbations familiales. Par ailleurs, nos résultats ne corroborent pas les résultats de ces mêmes chercheurs qui observent que les relations parents-enfants seraient plus difficiles dans les familles de AP que dans les familles d'adolescentes postpubères. Aussi, nos résultats ne vont pas dans le sens de ceux de Gowers et al. (1991) qui indiquent que les AP auraient de meilleures relations avec leurs parents que les anorexiques postpubères. La seule chose que nous

avons observée est que les AP passent davantage de temps avec leurs parents que les AR et les AB. Cette différence peut entre autres s'expliquer par le plus jeune âge des AP.

Globalement, les résultats de notre étude vont dans le sens de l'hypothèse de Cook-Darzens (2002) qui stipule que l'anorexie prépubère et l'anorexie postpubère sont proches, mais non tout à fait identiques. Certains chercheurs se demandent même s'il ne faudrait pas considérer l'anorexie prépubère comme un nouveau sous-type d'anorexie (Cook-Darzens, 2002). À notre avis, d'autres études devraient être réalisées avant d'accepter cette hypothèse.

Un doute subsiste quant à la possibilité que les AP présentent un profil clinique moins sévère que les AR et les AB, puisque les chercheurs dans le domaine du traitement de l'anorexie observent que les AP sont plus difficiles à traiter que les anorexiques postpubères et que le pronostic dans le traitement des AP est moins favorable que pour les anorexiques postpubères (Bryant-Waugh et Lask, 1995 dans Cook-Darzens, 2002).

Comment alors expliquer le fait que les AP présentent un profil clinique moins sévère que les anorexiques postpubères alors qu'elles sont plus difficiles à soigner et plus résistantes au traitement? Présentant globalement moins de caractéristiques défavorables, on pourrait s'attendre à ce que les AP connaissent une évolution plus rapide lors du traitement que les anorexiques postpubères.

Bien que contradictoires, ces résultats pourraient s'expliquer par les différences notables sur le plan du développement intellectuel entre les AP et les anorexiques postpubères. Rappelons que les AP de notre étude sont âgés de 11 ou 12 ans, alors que l'âge des anorexiques postpubères se situe entre 14 et 16 ans. Selon la théorie de Piaget (1962), le développement cognitif des AP devrait globalement se situer au stade opératoire concret, alors que celui des AR et des AB se situerait

probablement au stade opératoire formel. Par conséquent, il est possible que les AP aient une moins bonne capacité à mentaliser que les AR et les AB. De plus, les AP auraient donc une moins grande capacité à prendre du recul et auraient une moins bonne capacité d'introspection puisqu'elles n'auraient pas atteint le niveau de développement cognitif que cela exige. Les AP seraient donc moins capables de reconnaître leurs difficultés, car cela suppose la capacité à jongler avec des hypothèses plutôt que de demeurer centré sur des faits. En outre, on observe que c'est au cours du stade opératoire formel que l'adolescent devient capable de raisonner sur des énoncés verbaux ou propositionnels, de manipuler des hypothèses et de raisonner à partir du point de vue de l'autre. L'adolescent devient capable de manipuler des idées d'une façon formelle et hypothético-déductive. Il ne raisonne plus uniquement à partir d'éléments manipulables, mais aussi à partir d'éléments abstraits comme des hypothèses ou des propositions. L'adolescent devient capable de logique. Il y a une subordination du réel au possible. Ces opérations formelles commencent à être acquises vers 12 ans, mais le sont davantage vers 14 ou 15 ans (Piaget, 1962).

Ces différences sur le plan du développement cognitif pourraient expliquer le fait que d'une part, les AP reconnaissent moins justement leurs difficultés sur le plan alimentaire et psychologique au moment de compléter des instruments d'évaluation et, d'autre part, qu'elles sont plus difficiles à traiter puisque les interventions dans le domaine des troubles alimentaires sont généralement basées sur la capacité de raisonnement et d'introspection des jeunes.

Dans un tout autre ordre d'idées, on pourrait éventuellement émettre l'hypothèse que les différences observées entre les AP, les AR et les AB pourraient possiblement s'expliquer par le fait que l'anorexie prépubère serait liée à d'autres facteurs psychologiques et familiaux que ceux habituellement documentés dans la littérature sur l'anorexie postpubère. Des études ultérieures devraient être réalisées afin de documenter d'autres variables, notamment la santé mentale des parents. D'ailleurs, nos résultats de recherche indiquent que les mères des AP présentent une

détresse psychologique plus sévère que les mères des AR et des AB. Cette piste mériterait donc d'être explorée.

3. LIMITES DE L'ETUDE

Lors de cette étude, nous nous sommes efforcés de contrôler la majorité des limites généralement inhérentes à l'étude de cas. Ainsi, nous avons tenté de réaliser une étude de cas ayant une réelle valeur scientifique, entre autres en utilisant des instruments de mesures reconnus pour leur qualités psychométriques, en construisant des échantillons les plus homogènes possible, en décrivant de façon systématique et complète notre devis de recherche afin d'augmenter notre validité externe et en ayant recours à des méthodes de recherche quantitatives. Notre étude de cas dépasse donc largement la qualité de la majorité des études de cas dans notre domaine de recherche.

Malgré cela, cette étude de cas présente certaines limites. Tout d'abord, la nature même de cette étude limite la généralisation possible des résultats. En effet, notre faible échantillon d'anorexiques prépubères fait en sorte qu'il est impossible d'effectuer des analyses statistiques et de conclure que nos résultats sont représentatifs de l'ensemble de la population d'anorexique prépubère.

Une autre limite de notre étude est que nous avons uniquement des données transversales. Nous ne sommes donc pas en mesure de statuer sur l'évolution des variables évaluées.

De plus, l'anorexie prépubère est reconnue pour être plus difficilement diagnostiquée que les formes franchement postpubères (Cook-Darzens, 2002). Nous devons donc conclure qu'il est impossible de savoir depuis combien de temps nos sujets prépubères présentaient leur trouble avant d'être référés à un service spécialisé. Bien que tous les sujets aient été évalués dans les semaines suivant leur admission, il est possible que les AP présentent leur trouble depuis plus longtemps que les AR et les AB.

En outre, nous possédons peu de mesure de la santé mentale des parents des sujets et des autres membres de la famille. De même, nos mesures de la socialisation des sujets demeurent limitées. Ces éléments limitent en quelque sorte notre compréhension du phénomène.

CONCLUSION

Notre étude de cas portait sur un échantillon de trois sujets anorexiques prépubères, trois sujets adolescentes anorexiques restrictives et trois sujets adolescentes anorexiques boulimiques. L'objectif de cette étude était de comparer les anorexiques prépubères aux adolescentes anorexiques restrictives et aux adolescentes anorexiques boulimiques afin d'établir si les prépubères se distinguent des restrictives ou des boulimiques sur le plan de leurs caractéristiques alimentaires, personnelles, sociales et familiales.

Selon les résultats obtenus, les anorexiques prépubères semblent présenter moins de difficultés au niveau des variables liées aux dysfonctions alimentaires (recherche de la minceur, insatisfaction concernant le corps et boulimie) que les anorexiques restrictives ou boulimiques. De plus, les anorexiques prépubères semblent avoir un meilleur ajustement psychologique (faible estime de soi, aliénation interpersonnelle, déficit d'introspection, manque de régulation émotionnelle, perfectionnisme, ascétisme, peur de la maturité, aliénation personnelle, insécurité personnelle, alexithymie, estime de soi et sentiments dépressifs) que les anorexiques restrictives ou boulimiques. Sur le plan des variables liées aux dysfonctions alimentaires et à l'ajustement psychologique, une gradation des difficultés est même observable. Les anorexiques prépubères présentent moins de difficultés que les anorexiques restrictives et celles-ci en présentent moins que les anorexiques boulimiques. Par ailleurs, les parents des anorexiques prépubères présentent plus de détresse psychologique que les parents des anorexiques restrictives ou boulimiques.

Face à ces résultats, nous pouvons considérer différentes hypothèses. L'anorexie prépubère pourrait donc être une forme moins sévère du trouble. D'un autre côté, il est possible que les résultats obtenus soient attribuables à des différences sur le niveau de développement cognitif entre les AP, les AR et les AB. Enfin, il est également possible que l'anorexie prépubère soit associée à d'autres facteurs que

ceux qui caractérisent généralement l'anorexie à l'adolescence. D'autres études sont donc nécessaires avant de statuer sur ces différences.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abbate-Daga, G., Pierò, A., Rigardetto, R., Gandione, C., Gramaglia, C. et Fassino, S. (2007). Clinical, psychological and personality features related to age of onset of anorexia nervosa. *Psychopathology*, 40(4), 261-268.

Alessi, N. E., Krahn, D., Brehm, D. et Wittekindt, J. (1989). Case study prepubertal anorexia nervosa and major depressive Disorder. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 28(3), 380-384.

Alvin, P. (2001). *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. Rueil-Malmaison: Doin.

American Dietetic Association. (2001). Position of the American dietetic association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(7), 810-819.

American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. (Trad. Par J. D. Guelfi), Paris: Masson.

Armsden, G. C., Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454.

Arnou, B., Sanders, M. J. et Steiner, H. (1999). Premenarcheal versus postmenarcheal anorexia nervosa: A comparative study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 4(3), 403-414.

Bailly D., de Chouly de Lenclave M.B., Dhaussy, S., Baert, F. et Turk, D. (2003). La phobie de déglutition chez l'enfant: un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale. *Archives de pédiatrie*, 10, 337-339.

Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory BDI-II manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. et Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99(14), 9486-9491.

Bickham, N. L. et Fiese, B. H. (1997). Extension of the children's perceptions of interparental conflict scale for use with late adolescents. *Journal of family psychology*, 11(2), 246-250.

Breton, J. J. et coll. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (1992)*. Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, vol. 2: partie 2.

Bruch, H. (1979). *L'énigme de l'anorexie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bryant-Waugh, R., Hankins, M., Shafran, R., Lask, B. et Fosson, A. (1996). A prospective follow-up of children with anorexia nervosa. *Journal of youth and adolescence*, 25(4), 431-437.

Bryant-Waugh, R. et Lask, B. (1995). Annotation: eating disorders in children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36(2), 191-202.

Bryant-Waugh, R., Lask, B., Shafran, R. et Fosson, A. (1991). Do doctors recognise eating disorders in children? *Archives of disease in childhood*, 67(1), 103-105.

Bryant-Waugh, R., Knibbs, J., Fosson, A., Kaminski Z. et Lask B. (1988). Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Archives of disease in childhood*, 63(1), 5-9.

Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child & adolescent psychiatric clinics of north america*, 11(2), 201-218.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. et Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 96(2), 101-107.

Cantwell, D. P. (1995). Introduction and Overview. In B. J. Kaplan et V. A. Sadock (dir.), *Comprehensive textbook of psychiatry – VI* (p. 2151-2154). Baltimore: Williams and Wilkins.

Casper, R. C. et Troiani, M. (2000). Family Functioning in Anorexia Nervosa Differs by Subtype. *International journal of eating disorders*, 30(3), 338-342.

Chabrol, H. (2004). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente* (4^e éd.). Paris: Presses Universitaires de France, collection «Que sais-je» (1^{re} éd. 1991).

Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud, O. et Jeammet, P. (2002). L'anorexie mentale masculine: réalités et perspectives. *Annales de médecine interne*, 153(3), 61-67.

Chatoor, I. et Surles, J. (2004). Eating disorders in mid-childhood. *Primary psychiatry*, 11(4), 34-39.

Cinq-Mars, C. et Wright, J. (1997). *French translation of the «self-destructive behaviors inventory»*. Document inédit. Montréal: Département de psychologie, Université de Montréal.

Cochran, M. et Bo, J. (1989). The social networks, family involvement, and pro- and antisocial behavior of adolescent males in Norway. *Journal of youth and adolescence*, 18(4), 377-398.

Comeau, S., Boisvert J.M. (1985) Un ensemble de mesures cliniques. Document inédit. Université Laval.

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

Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. et Lask, B. (2002). The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 32(5), 873-880.

Cottee-Lane, D., Pistrang, N. et Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European eating disorders review*, 12(3), 169-177.

Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W. W. Norton et Co.

De Castro, J. M. et Goldstein, S. J. (1995). Eating attitudes and behaviors of pre and postpubertal females: Clue to the etiology of eating disorders. *Psychology and Behavior*, 58(1), 15-23.

DaCosta, M. et Halmi, C. A. (1991). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International journal of eating disorders*, 11(4), 305-313.

Desmarais, D., Blanchet, L. et Mayer, R. (1982). Modèle d'intervention en réseau au Québec. *Cahiers critiques en thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 4(5), 109-118.

Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. et Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International journal of eating disorders*, 31(2), 191-201.

Everson, M., Hunter, W. N., Runyon, D. K., Edelson, M. D. et Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American journal of orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.

- Fairburn, C. G. et Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S. et Rovera, G. G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the temperament and character inventory. *International journal of eating disorders*, 32(4), 412-425.
- Favaro, Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. et Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, 13, 61-70.
- Fisher, M. (2003). The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review. *Adolescent medicine state of the art reviews*, 14(1), 149-158.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S. et Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 40(6), 434-441.
- Fortin, M. F., Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche - Guide de réalisation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3*. Floride: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D. M., Garner, M. V. et Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa «restricters» who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 13(2), 171-185.
- Garner D. M. et Garfinkel P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N. et Bregeron, J. (2003). *DEP-ADO - Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Version 3.1* RISQ. Montréal: Université de Montréal.
- Gilchrist, P. N., Ben-Tovim, D. I., Hay, P. J., Kalucy, R. S. et Walker, M. K. (1998). Eating disorders revisited I: Anorexia nervosa. *Medical journal of australia*, 169(8), 438-441.

Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M. et Curt, F. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *International journal of eating disorders*, 39, 772-778.

Gordon, I., Lask, B., Bryant-Waugh, R., Christie, D. et Timimi, S. (1997). Childhood-onset anorexia nervosa: Towards identifying a biological substrate. *International journal of eating disorders*, 22(2), 159-165.

Gowers, S. G., Crisp, A. H., Joughin, N. et Bhat, A. (1991). Premenarcheal anorexia nervosa. *Journal of child psychology and psychiatry*, 32(3), 515-524.

Grych, J. H., Seid, M. et Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The children's perception of interparental conflict scale. *Child development*, 63, 558-572.

Halberstadt, A. G., Cassidy, J., Stifer, C. A., Parke, R. D. et Fox, N. A. (1995). Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological assessment*, 7(1), 93-103.

Harold, G. T., Fincham, F. D., Osborne, L. N. et Conger, R. D. (1997). Mom and dad are it again: Adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. *Developmental psychology*, 33(2), 333-350.

Hewitt, P. L., Coren, S. et Steel, G. D. (2001). Death from anorexia nervosa: age span and sex differences. *Aging and mental health*, 5(1), 41-46.

Hickie, I. et Mitchell, P. (1989). Anorexia nervosa presenting in a prepubertal boy. *Medical journal of Australia*, 150(3), 155-156.

Higgs, J. F., Goodyer, I. M. et Birch, J. (1989). Anorexia Nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of disease in childhood*, 64(3), 346-351.

Hudson, W. W. (1982). *The clinical measurement package – A field manual*. Illinois: The Dorsey Press.

Hsu, L. K. G. (1996). Outcome of early onset anorexia nervosa: What we know ? *Journal of youth and adolescence*, 25(4), 563-568.

Jacobs, B. W. et Isaacs, I. (1986). Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 27(2), 237-250.

- Janosz, M. et LeBlanc, M. (1996). Pour une vision intégrative des facteurs reliés à l'abandon scolaire – Toward and integrated perspective on factors related to school dropout. *Revue canadienne de psychoéducation*, 25(1), 61-68.
- Jarman, F. C., Rickards W. S. et Hudson, I. L. (1991). Late adolescent outcome of early onset anorexia nervosa. *Journal of paediatrics and child health*, 27(4), 221-227.
- Kaye, W., Strober, M., Stein, D. et Gemdall, K. (1999). New directions in treatment research of anorexia and bulimia nervosa. *Biological psychiatry*, 45(10), 1285-1292.
- Kent, A., Lacey, H. et McCluskey, S. E. (1992). Pre-menarchal bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(3), 205-210.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G. et FitzGerald, D. P. (1990). Adolescent attachment, identity, and adjustment to college: Implications for the continuity of adaptation hypothesis. *Journal of counseling and development*, 68(5), 561-566.
- Lask, B. et Bryant-Waugh, R. (2007). *Eating disorders in childhood and adolescence – 3rd Edition*. New York: Routledge.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R., Wright, F., Campbell, M., Willoughby K. et Waller, G. (2005). Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 38(3), 269-272.
- Lask, B. et Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence – 2nd Edition*. East Sussex: Psychology Press.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R. et Gordon, I. (1997). Childhood-onset anorexia nervosa is a serious illness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 817, 120-126.
- Lask, B. et Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia and related eating disorders. *Journal of child psychology and psychiatry*, 33(1), 281-300.
- Lee, H., Lee, E. L., Pathy, P. et Chan, Y. H. (2005). Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. *Singapore medical journal*, 46(6), 275-281.
- Matsumoto, H., Takei, N., Kawai, M., Saito, F., Kachi, K., Ohasi, Y., Takeuchi, H. et Mori, N. (2001). Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa. *Acta psychiatrica scandinavica*, 104, 66-74.
- Mitchell J. E. et Peterson, C. B. (2005). *Assessment of eating disorders*. New York: The Guilford Press.

- Mizuta, I., Inoue, Y., Fukunaga, T., Ishi, R., Ogawa, A., Takeda, M. (2002). Psychological characteristics of eating disorders as evidenced by the combined administration of questionnaires and two projective methods: the tree drawing test (Baum Test) and the sentence completion test. *Psychiatry & clinical neurosciences*, 56(1), 41-53.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674-701.
- Mouren-Simeoni, M. C., Fontanon, M., Bouvard, M. P. et Dugas, M. (1993). L'anorexie mentale chez l'enfant prépubère. *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 51-55.
- Nagata, T., Kaye, W., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C. et Plotnicov, K. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(4), 333-340.
- Nicholls, D., Wells, J. C., Singhal, A. et Stanhope, R. (2002). Body composition in early onset eating disorders. *European journal of clinical nutrition*, 56(9), 857-865.
- Nielsen, G. B., Lausch, B. et Thomsen, P. H. (1997). Three cases of severe early onset eating disorder: Are they cases of anorexia nervosa ? *Psychopathology*, 30, 49-52.
- Oliosi, M. et Dalle Grave, R. (2003). A compararison of clinical and psychological features in subgroups of patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review*, 11(4), 306-314.
- Olivry, E. et Corcos, M. (1999). Trouble des conduits alimentaires - L'anorexie mentale prépubère. *La Presse Médicale*, 28(2), 100-102.
- Olson, D. H., Gorall, D. M. et Tiesel, J. W. (2006). *Faces IV package-administration manual*. Minneapolis. Life Innovations, Inc.
- Patton, G. C., Coffey, C. et Sawyer, S. M. (2003). The outcome of adolescent eating disorders: Findings from the Victorian adolescent health cohort study. *European child & adolescent psychiatry*, 12(11), 25-29.
- Pauzé, R. (2009). Modèle explicatif de l'anorexie mentale. Cliniques des dysfonctions alimentaires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Pauzé, R., Lavoie, E., Séguin, G., Pesant C. et Joly, J. (2007). Évolution des adolescentes et adolescents présentant une anorexie nerveuse qui bénéficient d'une intervention multidimensionnelle et identification de variables biologiques, personnelles, familiales et sociales les plus fortement associées à la réussite de l'intervention. Cliniques des dysfonctions alimentaires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Pauzé, R. (2006). Banque de données sur les sujets anorexiques. Cliniques des dysfonctions alimentaires, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Pauzé, R. et Charbouillot, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Ramonville: Érès.

Pearlstein, T. (2002). Eating Disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 67-78.

Piaget, J. (1962). Le temps et le développement intellectuel de l'enfant. In Rencontres internationales de Genève. Neuchâtel : La Baconnière, 143-171.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Enquête Santé Québec 1987+, cahier de recherche n°7, Ministère de la santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Pryor, T., Wiederman, M. W. et McGilley, B. (1995). Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *International journal of eating disorders*, 19(4), 371-379.

Quadflieg, N., Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European child and adolescent psychiatry*, 12 (1), 99-109.

Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ). (2003). Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes. Montréal.

Rivard, V. et Bouchard, S. (2005). Les protocoles à cas unique. In S. Bouchard et C. Cyr (dir.), *Recherche psychosociale – pour harmoniser recherche et pratique* (p. 207-243). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Robert, M., Allaire, D., Beaugrand, J. P., Bélanger, D., Bouchard, M. A., Charbonneau, C., Doré, F. Y., Earls, C., Fortin A. et Sabourin, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. St-Hyacinthe: Edisem.

- Robins, E. et Guze, S. B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 126(7), 983-986.
- Rozé, C., Doyent, C., Le Heuzey, M. F., Armoogum, P., Mourent, M. C. et Léger, J. (2007). Predictors of late menarche and adult height in children with anorexia nervosa. *Clinical endocrinology*, 67(3), 462-467.
- Sands, R., Tricker, J., Sherman, C., Armatas, C. et Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International journal of eating disorders*, 21(2), 159-166.
- Schmidt, U. H., Troop, N. A. et Treasure, J. L. (1997). Events and the onset of eating disorders: Correcting an «age old» myth. *International journal of eating disorders*, 25(1), 83-88.
- Shaffer, D. R., Wood, E. et Willoughby, T. (2002). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (1^{re} éd.). Scarborough: Nelson.
- 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 & adolescent psychiatry*, 12(11), 38-46.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Strober, M., Freeman, R. et Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescent: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in prospective study. *International journal of eating disorders*, 22(4), 339-360.
- Swenne, I. et Thurfell, B. (2003). Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. *Acta Paediatrica*, 92(10), 1133-1137.
- Szabo, C. P. (1998). Eating Disorders and adolescence. *Southern African journal of child and adolescent mental health*, 10(2), 117-125.
- Tanner, J. M., Whitehouse, R. H. et Takaishi, M. (1966). Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British children, Part II. *Archives of disease in childhood*, 41(220), 613-635.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. et Parker, J. D. A. (1992). The revised Toronto alexithymia scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(1-2), 34-41.

Theander, S. (1996). Anorexia nervosa with an early onset: Selection, gender, outcome, and results of a long-term follow-up study. *Journal of youth and adolescence*, 25(4), 419-429.

Thériault, Cyr et Wright. (1996). Traduction du Impact of Event Scale. Université de Montréal.

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.

Walford, G. et McCune, N. (1991). Long-term outcome in early-onset anorexia Nervosa. *British journal of psychiatry*, 159, 383-389.

Watkins, B. et Lask, B. (2002). Eating disorders in scholl-aged children. *Child and adolescent Psychiatric Clinics*, 11(2), 185-199.

Watkins, B., Willoughby, K., Waller, G., Sperll, L. et Lask, B. (2002). Pattern of birth in anorexia nervosa I: Early-onset cases in the United Kingdom. *International journal of eating disorders*, 32(1), 11-17.

Watkins, B., Sutton, V. et Lask, B. (2001). Is physical illness a risk factor for eating disorders in children and adolescents? A preliminary investigation. *Eating behaviors*, 2(3), 209-214.

Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. et Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International journal of eating disorders*. 40, 123-129.

Wilson, G. T. et Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 362-365.

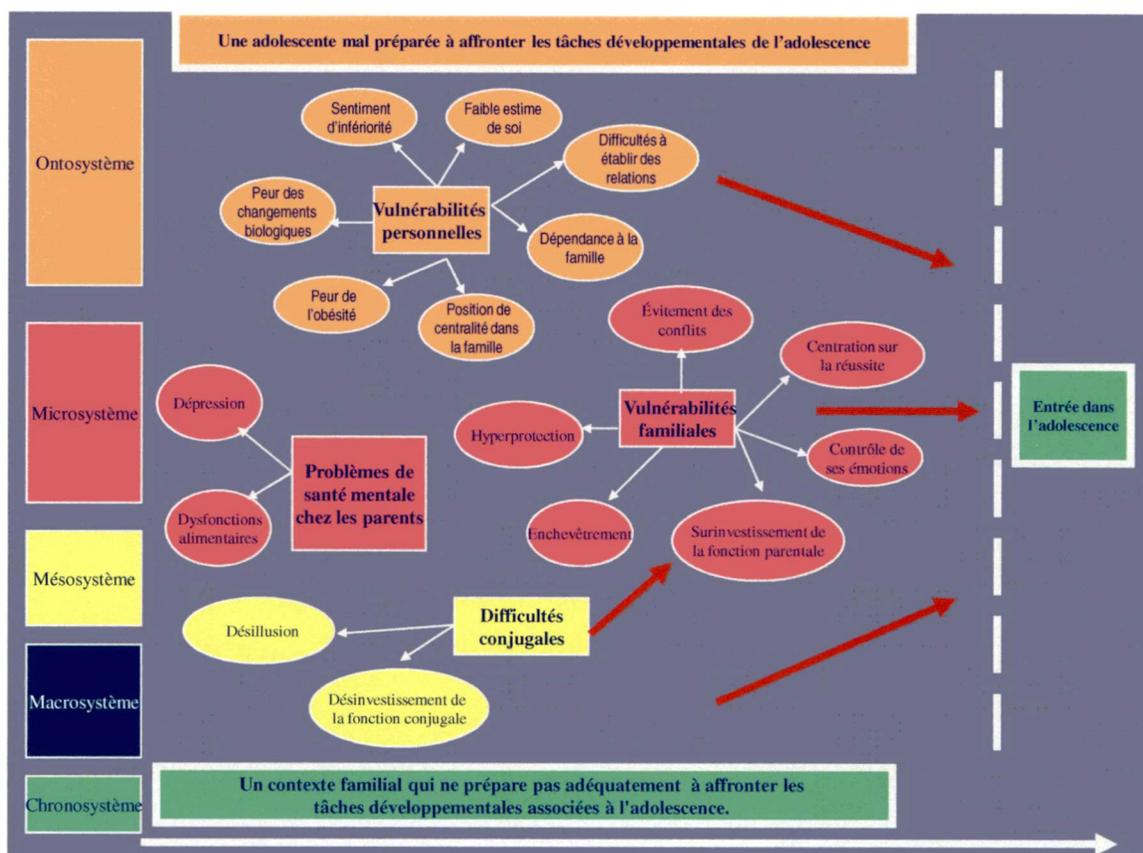
Wonderlich, S. A. et Swift, W. J. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders: The relevance of depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 99(4), 353-360.

ANNEXE A
CARTES CONCEPTUELLES DE PAUZÉ, 2007

1. FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE L'ANOREXIE MENTALE

Selon la recension des écrits effectuée par Pauzé (2007), des vulnérabilités personnelles, familiales et sociales, majeures et prémorbides au trouble, seraient à l'origine de l'anorexie mentale. Ces vulnérabilités sont des facteurs prédisposants et leur combinaison ferait en sorte que la jeune fille serait mal préparée à affronter les tâches développementales de l'adolescence (Pauzé, 2007). La carte conceptuelle suivante permet de bien expliquer le rôle et l'étendue des facteurs prédisposants de l'anorexie.

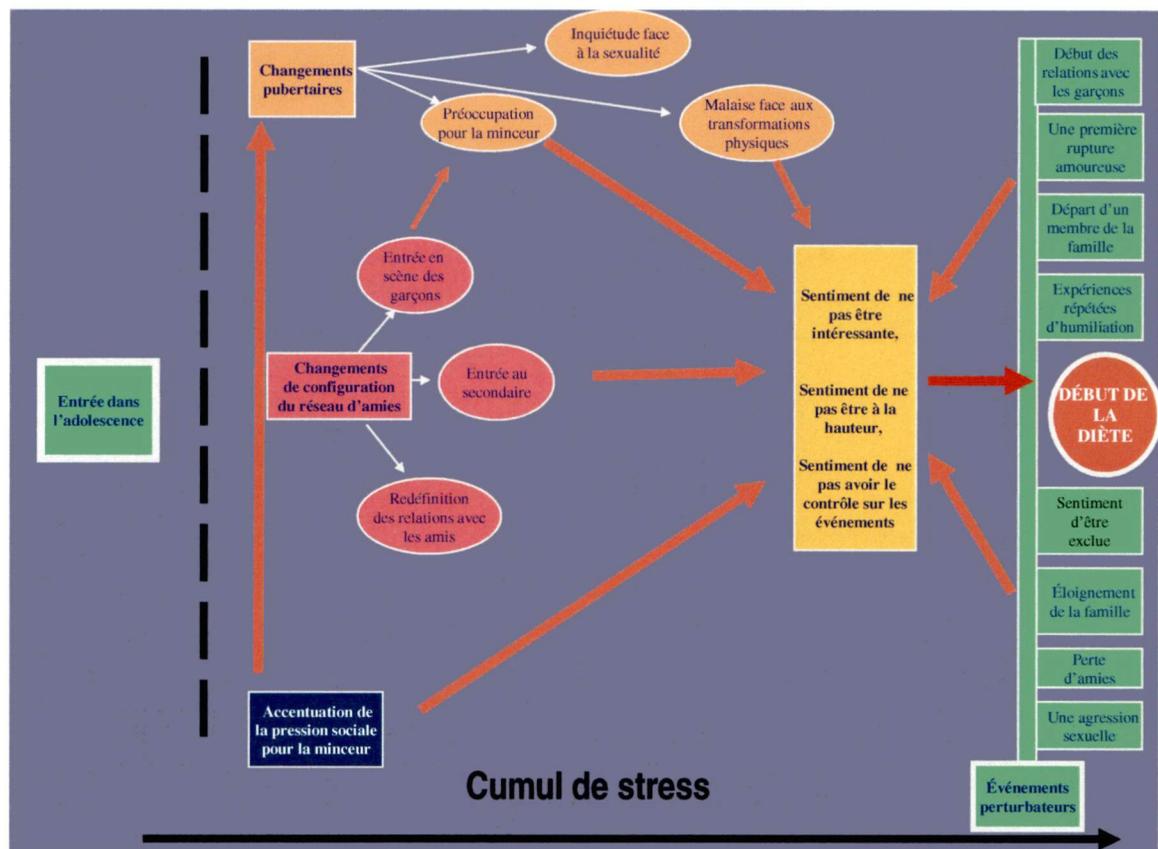
Figure 4
Facteurs prédisposants de l'anorexie mentale (Pauzé, 2007)



2. FACTEURS PRÉCIPITANTS DE L'ANOREXIE MENTALE

Ces facteurs prédisposants feraient en sorte que la jeune fille est encore plus vulnérable face aux évènements bouleversants susceptibles de se produire lors de l'adolescence. En fait, les adolescentes anorexiques présenteraient une certaine vulnérabilité pour faire face aux multiples tâches développementales de l'adolescence. Un événement banal peut donc facilement les faire basculer, c'est-à-dire les amener à entreprendre une diète (Pauzé, 2007). La figure 5 identifie ces facteurs précipitants.

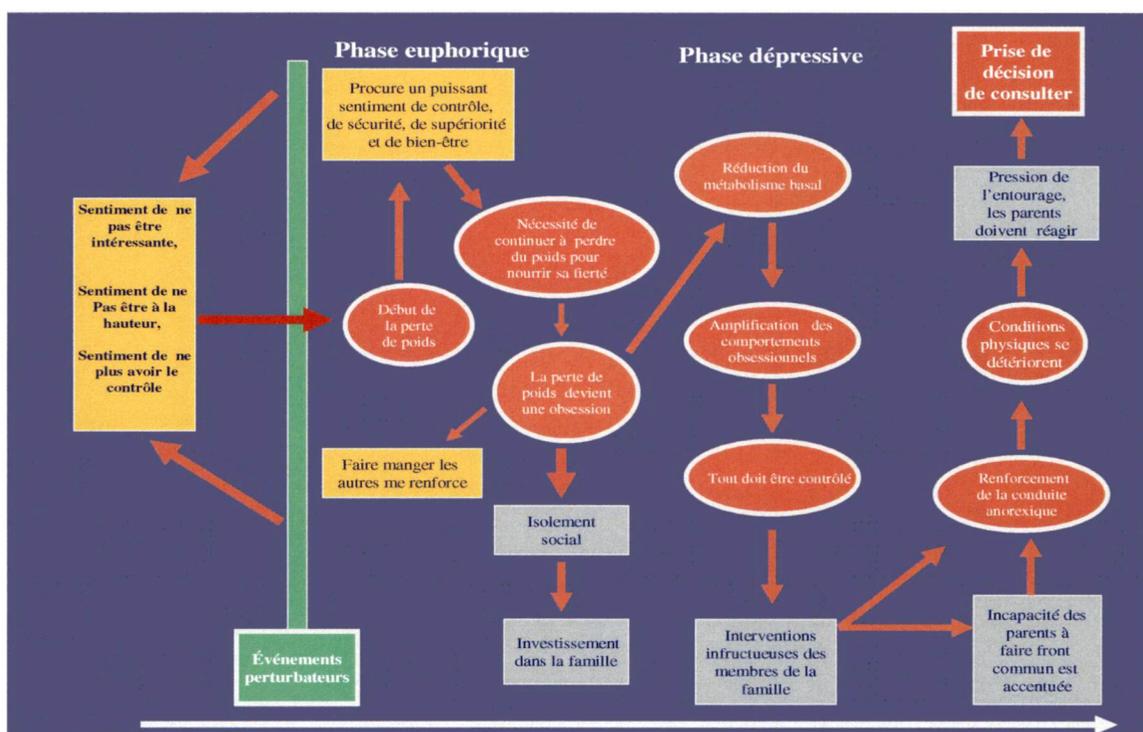
Figure 5
Facteurs précipitants de l'anorexie mentale (Pauzé, 2007)



3. FACTEURS DE MAINTIEN DE L'ANOREXIE MENTALE

Tel que mentionné précédemment, la combinaison des facteurs prédisposants et précipitants va entraîner le début de la diète. Mais, celle-ci deviendrait pathologique lorsque certains facteurs sont présents au tableau clinique. Il s'agit des facteurs de maintien du trouble. Ces derniers auraient comme impact d'entraîner un glissement de la diète vers une conduite anorexique (Pauzé, 2007). La figure 6 présente les principaux facteurs de maintien recensés dans la littérature.

Figure 6
Facteurs prédisposants de l'anorexie mentale (Pauzé, 2007)



ANNEXE B
TABLEAUX DE RECENSION DES ETUDES EMPIRIQUES

Tableau 24
Tableau de recension de l'étude d'Arnow, Sanders et Steiner (1999)

Auteurs	Arnow, Sanders et Steiner (1999)
Type d'étude	Étude de dossiers
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échantillon uniquement féminin ▪ Groupe prépubère : 14 sujets âgées en moyenne de 10,9 ans. ▪ Groupe postpubères : 12 sujets âgées en moyenne de 16,9 ans, choisies de façon randomisée parmi 69 sujets.
Diagnostic - classification des sujets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anorexie : selon le DSM-III-R. ▪ Prépubère : sujets n'ayant jamais eu de menstruations et utilisation des stades de Tanner pour confirmer l'appartenance au groupe.
Instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Beck Depression Inventory</i> ▪ <i>Spielberger State Trait Anxiety Inventory</i> ▪ <i>Defense Style Questionnaire</i> ▪ <i>Nowicki-Strickland Locus of Control</i> ▪ <i>Marlowe-Crowne Social Desirability Scale</i> ▪ <i>Eating Disorders Inventory</i> ▪ <i>Slade Anorexia Behavior Scale</i> ▪ <i>Tanner scalling</i>
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépression ▪ Anxiété ▪ Styles défensifs ▪ Contrôle interne -externe ▪ Besoin d'approbation sociale ▪ Traits psychologiques et comportements associés aux troubles alimentaires ▪ Comportements alimentaires
Résultats	<p>Il n'y a pas de différence entre les prépubères et les postpubères quant à la chronicité du trouble et aux mesures de dépression et d'anxiété.</p> <p>Les résultats portent à croire que les prépubères auraient...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une perception d'indépendance et de confiance en soi accrue. ▪ un désir d'acceptation sociale important. ▪ une tendance vers l'utilisation de défenses matures et vers une pseudo-maturité. ▪ des comportements alimentaires significativement plus troublés. ▪ des scores significativement plus faibles pour la poursuite de la minceur, les comportements boulimiques et pour les échelles d'incompétence, d'introspection et de méfiance envers les autres. <p>Les caractéristiques des anorexiques seraient amplifiées chez les prépubères.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les études comparant des prépubères à des postpubères font face à un problème méthodologique de taille, soit de comparer deux groupes d'âges différents. En effet, les différences observées pourraient être uniquement l'effet de l'âge. Les chercheurs doivent choisir entre utiliser des instruments différents selon l'âge des sujets ou utiliser avec les enfants des instruments construits pour les adolescents. ▪ L'exclusion des garçons.

Tableau 25
Tableau de recension de l'étude de Bryant-Waugh, Hankins, Shafran, Lask et Fosson (1996)

Auteurs	Bryant-Waugh, Hankins, Shafran, Lask et Fosson (1996)
Type d'étude	Étude rétrospective.
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 filles et 6 garçons (22 sujets) ayant un âge moyen au début du trouble de 12,1 ans (8 à 15,6 ans). ▪ Filles : 4 prépubères, 9 avec un certain développement sexuel, mais pas de menstruations et 3 avec une aménorrhée secondaire (durée moyenne 34 mois). ▪ Garçons, 9% prépubères, 9% postpubères, 9% stade de développement pubertaire inconnu.
Diagnostic - classification des sujets	Critères non spécifiés.
Instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>General Health Questionnaire</i> ▪ <i>Eating Attitudes Test</i> ▪ <i>Great Ormond Street Depression Scale A</i> ▪ <i>Great Ormond Street Depression Scale B</i> ▪ <i>Rutter Scale A</i>
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques cliniques ▪ Caractéristiques familiales ▪ Pronostic
Résultats	<p>Caractéristique clinique la plus commune : refus de nourriture. Autres traits cliniques : peur de la graisse (81,8%), distorsion de l'image corporelle (77,3%), exercice excessif (44,6%) émaciation (50%), dépression (44,6%), idéations suicidaires (27,1%) vomissements (18,2%), comportements suicidaires (13,6%), crises de boulimie (13,6%), usage de laxatifs (4,5%).</p> <p>Les désaccords au sein des familles sont communs et 64% des familles présentent plus de 4 caractéristiques adverses. Pronostic selon ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ difficultés alimentaires : bon 61,1%, intermédiaire 22,2%, mauvais 16,7%. ▪ menstruations : bon 53,3%, intermédiaire 20%, mauvais 26,7%. ▪ état mental : bon 40%, intermédiaire 20%, mauvais 40%. ▪ adaptation psychosexuelle : bon 73,3%, intermédiaire 20%, mauvais 6,7%. ▪ adaptation psychosociale : bon 72,2%, intermédiaire 27,8%, mauvais 0%. ▪ pronostic global : bon 70,6%, intermédiaire 17,6%, mauvais 11,8%. ▪ pronostic physique : bon 61,1%, intermédiaire 16,7%, mauvais 22,2%. ▪ pronostic spécifique : bon 55,5%, intermédiaire 27,8%, mauvais 16,7%.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'échantillon comprend uniquement 18 enfants. ▪ L'hétérogénéité de l'échantillon. ▪ L'absence de critères de classification.

Tableau 26
Tableau de recension de l'étude de Gordon, Lask, Bryant-Waugh, Christie et Timimi (1997)

Auteurs	Gordon, Lask, Bryant-Waugh, Christie et Timimi (1997)
Type d'étude	Étude descriptive et longitudinale
Échantillon	15 sujets (14 filles, 1 garçon) âgés entre 8 et 16 ans (âge médian 13 ans)
Diagnostic - classification des sujets	Anorexie : selon le DSM-IV
Instruments de mesure	Caméra de type gamma
Variables évaluées	Structure cérébrale
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 13 sujets sur 15 présentent une différence au niveau des lobes temporaux de plus de 10% d'une imagerie normale. ▪ Pour 8 sujets, la différence se situe à gauche et pour 5 sujets à droite, mais tous sont droitiers. ▪ 3 sujets se sont soumis à une nouvelle imagerie quand ils avaient retrouvé leur poids. Les mêmes différences au niveau des lobes temporaux étaient alors observées.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étendue de l'âge ▪ Aucune spécification du stade pubertaire ▪ Hétérogénéité de l'échantillon ▪ Exclusion des garçons ▪ Absence de critères de classification pour la prépuberté ▪ Faible taille de l'échantillon

Tableau 27
Tableau de recension de l'étude de Gowers, Crisp, Joughin et Bhat (1991)

Auteurs	Gowers, Crisp, Joughin et Bhat (1991)
Type d'étude	Étude rétrospective et étude de dossiers
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe contrôle complet : 551 anorexiques ayant en moyenne 18,9 ans lors du début du trouble. ▪ Groupe prépubère : 30 anorexiques ayant en moyenne 13,6 ans lors du début du trouble. ▪ Groupe contrôle anorexique postpubère apparié aux prépubères pour l'âge : 42 anorexiques ayant en moyenne 13,1 ans lors du début du trouble.
Diagnostic - classification des sujets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anorexie : selon des critères en accord avec ceux du DSM III-R et de Morgan et Russell (1975). ▪ Prépuberté : définition de Jacobs et Isaacs (1986), Fosson et al. (1987), Higgs et al. (1989), soit l'étape avant le début du développement de caractéristiques sexuelles secondaires.
Instruments de mesure	Échelle de gravité pour les variables alimentaires.
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids ▪ Taille ▪ Forme corporelle ▪ Historique du poids et des menstruations ▪ Variables alimentaires (jeûne, crises de boulimie et vomissements) ▪ Caractéristiques familiales et sociales
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prépubères seraient significativement plus petites, jeunes, légères lors du début du trouble. Elles feraient moins de jeûnes, de diètes végétariennes et auraient moins de comportements boulimiques, que les postpubères. ▪ Les prépubères auraient une meilleure adaptation psychosociale, seraient plus sujettes à vivre avec leurs 2 parents et auraient de meilleures relations parentales que les postpubères. ▪ Pour les facteurs précipitants, les expériences sexuelles seraient rares, alors que la puberté serait le facteur le plus important. ▪ Les sujets d'âges similaires auraient un poids pré-morbide significativement plus élevé et seraient plus grandes. Selon les auteurs, elles ressemblent aux postpubères, leurs résultats plus élevés seraient attribuables à la taille des groupes. ▪ Les 3 groupes obtiennent des résultats similaires pour : l'état physique et mental, l'adaptation psychosexuelle, la situation socio-économique et l'ordre dans la fratrie. ▪ Les postpubères auraient plus de difficulté à manger en public et seraient plus sensibles par rapport au gras. ▪ Il n'y aurait pas de différence entre les prépubères et les postpubères au niveau des vomissements.
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune description des outils. ▪ L'étude de dossiers peut manquer de fidélité et de validité. Toutefois, les dossiers médicaux doivent correspondre aux standards élevés retrouvés dans les services spécialisés. ▪ Classification des sujets prépubères.

Tableau 28
Tableau de recension de l'étude de Higgs, Goodyer et Birch (1989)

Auteurs	Higgs, Goodyer et Birch (1989)
Type d'étude	Étude rétrospective et étude de dossiers
Échantillon	27 enfants anorexiques (30% de garçons). 23 enfants avec un évitement alimentaire (22% de garçons). 22 (41% de garçons) avec un trouble émotionnel
Diagnostic - classification des sujets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anorexie : selon les critères diagnostiques de Russell. ▪ Début précoce : apparition du trouble pendant l'enfance ou l'adolescence. ▪ Prépubère : développement pubertaire non complété.
Instruments de mesure	Calcul d'un score global de pronostic.
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids ▪ Taille ▪ Passé médical et psychiatrique ▪ Difficultés familiales (historique de troubles médicaux et psychiatriques, événements de vie stressants, etc.) ▪ Caractéristiques démographiques et circonstances sociales entourant les difficultés familiales. ▪ Bien-être physique, mental et psychologique ▪ Nutrition ▪ Menstruations ▪ État mental ▪ Développement psychosexuel ▪ Contexte socioéconomique
Résultats	<p>Il y aurait significativement plus de sujets anorexiques que de sujets des autres groupes qui...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ proviendraient de la classe moyenne. ▪ présenteraient un historique de traits obsessionnels. ▪ auraient vécu des événements affectant le fonctionnement familial. <p>Il y aurait significativement plus de sujets ayant uniquement un trouble émotionnel que de sujets anorexiques qui auraient un historique de trouble de santé ayant requis un traitement médical. Il n'y aurait pas de différence pour cette dimension entre les anorexiques et ceux ayant un évitement alimentaire.</p> <p>Il n'y aurait pas de différence entre les 3 groupes pour les dimensions suivantes : taille de la famille, présence de beaux-parents ou de plusieurs générations vivant sous un même toit, historique de troubles mentaux, caractéristiques obstétriques, périnatales ou développementales.</p> <p>Le pronostic pour les filles serait mauvais pour 20% des sujets ayant un évitement alimentaire et pour la moitié des anorexiques.</p> <p>Le mauvais pronostic des anorexiques serait en lien avec la nutrition, l'état mental, les menstruations, le statut socioéconomique, mais pas avec le domaine psychosexuel.</p> <p>Globalement, le pronostic est meilleur pour les garçons que pour les filles.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La collecte de données à partir de dossiers médicaux comporte des lacunes au plan de la fidélité et de la validité. ▪ Le stade développemental des sujets est très différent. ▪ Classification des sujets prépubères.

Tableau 29
Tableau de recension de l'étude de Jacobs et Isaacs (1986)

Auteurs	Jacobs et Isaacs (1986)
Type d'étude	Étude de dossiers
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe expérimental : 20 anorexiques prépubère. ▪ Groupe contrôle : 20 des 44 anorexiques postpubères provenant des dossiers d'un hôpital. ▪ Groupe contrôle 2 : 20 sujets ayant un diagnostic de trouble psychiatrique, appariés aux prépubères pour l'âge lors de la référence, l'année de référence et le sexe.
Diagnostic - classification des sujets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anorexie : selon une adaptation des critères de Morgan et Russell. ▪ Anorexie postpubère : avoir développé les caractéristiques sexuelles liées à la puberté et, s'il s'agit d'une fille, avoir déjà eu des menstruations
Instruments de mesure	<p>Cotation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ absent ▪ possiblement présent ▪ vraiment présent
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés alimentaires lors de l'enfance ▪ Difficultés alimentaires dans la famille ▪ Ajustements comportementaux avant le début du trouble (hypocondrie, excès de colère, etc.) ▪ Perturbations familiales (manque de chaleur, contrôle parental inadéquat ou inconsistant, etc.) ▪ Anxiété sexuelle (peurs au sujet de la croissance, de la puberté, de la sexualité, etc.)
Résultats	<p>L'historique familial de troubles psychiatriques (surtout anxiété-dépression) est plus important pour les anorexiques prépubères et postpubères que pour le groupe contrôle.</p> <p>Il y aurait plus de prépubères ayant...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consulté un pédiatre avant leur référence. ▪ des difficultés alimentaires lors de l'enfance que dans le groupe contrôle. ▪ été allaités que dans le groupe contrôle. ▪ un historique familial de troubles alimentaires que les autres groupes. ▪ des scores significativement plus élevés que dans le groupe contrôle pour les perturbations familiales (plus d'engagement parental, de relation parent-fille difficile, de troubles mentaux). <p>Les prépubères auraient, dans 68% des cas, des relations difficiles avec leurs pairs et la majorité ont perdu plus de 25% de leur poids.</p> <p>Il n'y a pas de différence entre les prépubères et les postpubères pour : la durée de l'allaitement, le nombre enfants, les perturbations familiales, l'anxiété et la prévalence d'automutilations et de suicide.</p> <p>La durée du trouble avant l'admission serait environ le double pour les prépubères comparativement aux postpubères.</p> <p>L'hyperactivité serait commune aux prépubères et aux postpubères, mais serait moins importante chez les prépubères.</p> <p>L'usage de laxatifs est significativement plus important chez les postpubères.</p> <p>Les prépubères et le groupe contrôle aurait significativement plus de difficultés comportementales que les postpubères.</p>
Limites	Classification des sujets prépubères.

Tableau 30
Tableau de recension de l'étude de Matsumoto, Takei, Kawai, Saito, Kachi, Ohashi,
Takeuchi et Mori (2001)

Auteurs	Matsumoto, Takei, Kawai, Saito, Kachi, Ohashi, Takeuchi et Mori (2001)
Type d'étude	Étude de dossiers
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe à début précoce : 31 anorexiques âgés de moins de 14 ans (moyenne de 12,2 ans). ▪ Groupe à début tardif : 33 sujets, âgés de plus de 14 ans (moyenne de 21,8 ans).
Diagnostic - classification des sujets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anorexie : selon le DSM-III-R. ▪ Début précoce : sujets dont le trouble survient avant 14 ans.
Instruments de mesure	Critères diagnostiques de Bryant-Waugh (1992)
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préoccupations pour le poids ▪ Préoccupations pour les calories ingérées ▪ Distorsion de l'image corporelle ▪ Peur d'être obèse ▪ Vomissements ▪ Exercices excessifs ▪ Usage excessif de laxatifs ▪ Poids ▪ Taille
Résultats	<p>L'usage de laxatifs serait significativement plus bas pour les anorexiques précoces.</p> <p>Elles seraient significativement plus nombreuses à avoir un poids extrêmement faible et seraient significativement moins nombreuses à présenter des vomissements et à user de laxatifs.</p> <p>Il n'y a pas de différence entre les groupes pour les dimensions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ préoccupations pour les calories ingérées ▪ exercice excessif.
Limites	Hétérogénéité de l'échantillon.

Tableau 31
Tableau de recension de l'étude de Mouren-Simboni, Fontanon, Bouvard et Dugas (1993)

Auteurs	Mouren-Simboni, Fontanon, Bouvard et Dugas (1993)
Type d'étude	Étude de dossiers.
Échantillon	13 enfants (7 filles et 6 garçons) âgés en moyenne de 10,8 ans lors du début du trouble.
Diagnostic - classification des sujets	Critères utilisés : 1. Enfant présentant une perte substantielle de poids, souvent accompagnée d'exercices excessifs 2. Crainte morbide et exagérée de grossir 3. Aucun signe de développement pubertaire au moment du début des troubles (stade 1 de Tanner).
Instruments de mesure	Aucun mentionné
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données épidémiologiques générales ▪ Particularités cliniques liées au développement (effets sur la croissance, etc.) ▪ Comorbidité ▪ Pronostic
Résultats	<p>Les circonstances ayant déclenchées le trouble seraient des facteurs de stress objectifs (déménagements, décès, etc.) dans 61,5% des cas. 46% des enfants auraient une symptomatologie phobo-obsessionnelle prémorbide au trouble.</p> <p>Les sujets auraient une perte de poids moyenne de 20%, s'accompagnant des comportements anorexiques habituels lors de la 1^{ère} consultation psychiatrique.</p> <p>Comportements anorexiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des sujets auraient une peur de grossir. ▪ la distorsion de l'image corporelle n'apparaîtrait pas au premier plan comme chez les adolescents. ▪ 46% des enfants auraient une hyperactivité physique. ▪ 38% présenteraient un refus d'hydratation associé à un refus de nourriture. ▪ 15% se feraient vomir. ▪ 0% userait de laxatifs. <p>85% présenteraient une symptomatologie dépressive au cours de l'évolution du trouble. 31% des enfants présenteraient un ralentissement ou un arrêt de leur croissance. 46% des sujets auraient des difficultés alimentaires impliquant les mères et 54% des sujets auraient un parent dépressif.</p> <p>Le pronostic serait favorable sur tous les plans pour 38% des enfants, défavorable pour 31% des enfants (persistance de l'anorexie, vie émotionnelle restreinte et récurrence d'épisodes dépressifs) et 15% auraient un pronostic différent selon la variable jugée (persistance de manies alimentaires ou difficultés psychoaffectives).</p>
Limites	Faible taille de l'échantillon

Tableau 32
Tableau de recension de l'étude de Watkins, Sutton et Lask (2001)

Auteurs	Watkins, Sutton et Lask (2001)
Type d'étude	Étude de dossiers
Échantillon	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe 1 : 62 anorexiques âgés en moyenne de 14,74 ans. ▪ Groupe 2 : 28 sujets ayant un trouble alimentaire (regroupe plusieurs diagnostics différents) âgés en moyenne de 11,87 ans. ▪ Groupe contrôle tiré d'une étude de Patton et al. (1986) : 105 adultes.
Diagnostic - classification des sujets	Critères non spécifiés.
Instruments de mesure	Maladie classées selon le schéma de Patton et al.
Variables évaluées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies physiques
Résultats	<p>Maladie physique antérieure : il n'y a pas de différence entre les sujets anorexiques et ceux ayant un trouble alimentaire. Les anorexiques sont à la limite plus probables de souffrir d'une maladie physique antérieure lors du début de leur trouble.</p> <p>Maladie physique antérieures : le groupe combiné de sujets anorexiques et ayant un trouble alimentaire sont significativement plus à risque. Cela est aussi vrai pour le groupe d'anorexiques comparé au groupe contrôle et pour le groupe de troubles alimentaires comparé au groupe contrôle.</p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'absence de groupe de comparaison, qui ne permet pas d'établir si la présence de maladies physiques antérieures n'est pas un facteur de risque pour le développement de tous les troubles mentaux. ▪ La différence, entre les groupes d'anorexiques et de troubles alimentaires, de la moyenne d'âge. ▪ L'hétérogénéité de l'échantillon. ▪ L'absence de critères de classification.

ANNEXE C
DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Tableau 33
 Sexe, âge, poids, taille, imc, et âge auquel les préoccupations alimentaires ont débuté
 pour l'ensemble des sujets

	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Sexe	F	F	M	F	F	F	F	F	F
Âge (années)	11	12	11	14	15	14	16	16	15
Poids (kg)	34,5	34,5	31,3	36,5	31,9	32,4	57,0	58,6	40,0
Taille (mètres)	1,50	1,50	1,47	1,58	1,58	1,51	1,70	1,74	1,61
IMC	15,11	15,11	14,35	14,60	12,80	14,5	19,7	19,0	15,3
Âge auquel les préoccupations alimentaires ont débuté (années)	10	NA	11	13	15	13	15	NA	14

Tableau 36
Stabilité de la maisonnée au cours de la vie du sujet pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Nombre de changements de composition familiale	0	2	3	0	2	0	4	0	3
Nombre de changement d'écoles (incluant le passage primaire-secondaire)	0	1	1	1	1	1	1	2	3
Nombre de déménagements	0	2	0	0	3	0	2	0	4

Tableau 37
Statut socio-économique de la famille pour l'ensemble des sujets

Sous-échelles	Anorexiques prépubères (AP)			Anorexiques restrictives (AR)			Anorexiques boulimiques (AB)		
	AP1	AP2	AP3	AR1	AR2	AR3	AB1	AB2	AB3
Revenu familial total	40 000 à 59 999	80 000 et plus	20 000 à 39 999	80 000 et plus	80 000 et plus	60 000 à 79 999	60 000 à 79 999	80 000 et plus	60 000 à 79 999
Présence de dettes	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Niveau de stress	aucun	aucun	NA	un peu	aucun	aucun	un peu	aucun	aucun

ANNEXE D
VARIABLES EVALUEES ET INSTRUMENTS DE MESURE UTILISES

Tableau 38
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour la description de l'échantillon

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Composition et stabilité de la maisonnée	Parent principal	Entrevue	Questionnaire inspiré de celui de l'Enquête Santé-Québec de 1992 (Breton et coll., 1997)
Situation socio-économique	Parent principal	Entrevue	Questionnaire inspiré de celui de l'Enquête Santé-Québec de 1992 (Breton et coll., 1997)

Tableau 39
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques alimentaires des sujets

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Recherche de minceur Boulimie Insatisfaction corporelle	Jeune	Entrevue	Dysfonctions alimentaires et difficultés psychologiques – EDI-3 (Garner, 2004)

Tableau 40
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques
personnelles des sujets

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Estime de soi Aliénation personnelle Insécurité interpersonnelle Aliénation interpersonnelle Déficit d'introspection Manque de régulation émotionnelle Perfectionnisme Ascétisme Peur de la maturité	Jeune	Entrevue	Dysfonctions alimentaires et difficultés psychologiques – EDI-3 (Garner, 2004)
Alexithymie	Jeune	Auto- administré	Version française du <i>Revised Toronto Alexithymia Scale – TAS- R</i> (Taylor et al., 1992)
Estime de soi	Jeune	Auto- administré	Évaluation de l'estime de soi – EES (Hudson, 1982)
Sentiments dépressifs	Jeune	Auto- administré	Inventaire de dépression de Beck – IDB II (Beck et al., 1996)
Idéations suicidaires	Jeune	Auto- administré	Questionnaire inspiré de celui de l'Enquête Santé-Québec de 1992 (Breton et coll., 1997)
Abus sexuel	Jeune	Auto- administré	Adaptation du <i>Incest History Questionnaire</i> (Courtois, 1988) et du <i>Parental Reaction to Disclosure Scale</i> (Everson et al., 1989)
Consommation d'alcool et de drogues	Jeune	Entrevue	Consommation d'alcool et de drogues – DEP-ADO (Germain et al., 2003)

Tableau 41
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques sociales des sujets

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Attachement aux amis	Jeune	Auto-administré	Version française du <i>Inventory of Parent and Peer Attachment - IPPA</i> (Armsden et Greenberg, 1987)
Temps partagé avec les amis	Jeune	Entrevue	Temps partagé (Cochran et Bo, 1989)
Diversité du réseau Densité du réseau	Jeune	Entrevue	Carte de réseau (Desmarais et al., 1982)

Tableau 42
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques personnelles des parents des sujets

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Indice de détresse psychologique	Parent principal Autre parent	Auto-administré	Indice de détresse psychologique – IDPESQ-29 (Préville et al., 1992)

Tableau 43
Variables évaluées et instruments de mesure utilisés pour les caractéristiques familiales des sujets

Variables	Répondants	Administration	Instrument
Cohésion balancée Flexibilité balancée Désengagement Enchevêtrement Rigidité Chaotisme Communication Satisfaction Ratio de cohésion Ratio de flexibilité	Jeune Parent principal Autre parent	Entrevue	Fonctionnement familial – FACES IV (Olson et al., 2006)
Exposition aux conflits conjugaux	Jeune Parent principal	Entrevue	Version française du <i>Children Perception of Interparental Conflict Scale</i> – CPIC (Grych et al., 1992)
Expression des émotions positives Expression des émotions négatives	Jeune Parent principal Autre parent	Auto- administré	Version française du <i>Self- Expressiveness in the Family Questionnaire</i> – SEFQ (Halberstadt et al., 1995)
Attachement à la mère	Jeune	Auto- administré	Version française du <i>Inventory of Parent and Peer Attachment</i> - IPPA (Armsden et Greenberg, 1987)
Qualité de la relation des parents-enfant	Parent principal Autre parent	Entrevue	Échelle d'attitude parentale – EAP (Hudson, 1982)